

CASOS CLÍNICOS

Cirugía de la asimetría en la parálisis facial periférica Surgery in the peripheral facial palsy

Drs. N VIDAL C, Ints. E LANZARINI S, R BANCALIARI D

Cirugía Plástica. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.
Servicio de Cirugía. Hospital Clínico Regional de Concepción

RESUMEN

Resumen: La parálisis facial periférica es una de las mono-neuropatías más frecuentes, con una incidencia de 14 a 25 casos por 100.000 habitantes. Las manifestaciones clínicas que presentan estos pacientes se refieren fundamentalmente a la falta de cierre palpebral, cuyas manifestaciones son epífora, lagofalmo e intenso dolor ocular por úlceras corneales, por la falta de lubricación ocular, además de la desviación de la comisura bucal hacia el lado sano, traccionada por los músculos faciales contralaterales, lo que hace que estos pacientes tengan características visualmente muy llamativas. Presentamos un paciente de 19 años de edad con parálisis facial periférica de 14 años de evolución, el que fue sometido a cirugía, en los pabellones del Hospital Clínico Regional de Concepción, aplicando una técnica que significó suspender la comisura bucal al arco zigomático a través de tendones obtenidos del pie, además de practicarle una blefaroplastia de cierre en el canto externo del lado afectado. Se describe la técnica quirúrgica realizada, con apoyo fotográfico. Analizamos las ventajas de esta técnica y exponemos el resultado.

PALABRAS CLAVES: **Parálisis facial periférica, cirugía**

SUMMARY

The peripheral facial palsy its one of the most frequent mono-neuropathy, with an incidence of 14 to 25 cases of 100000 inhabitants. The clinical manifestations are fundamentally refer to the lack of palpebral close, whose manifestations are ephifora, lagophthalmos and intense ocular pain by corneals ulcers, because of the ocular nonlubrication, besides, the deviation of the corners of the mouth towards the healthy side, tracioned by the other side with face muscles, which causes that these patients have characteristics visually very showy. We displayed a patient of 19 years of age with peripheral facial paralysis, with 14 years of evolution, which we put under surgery in the "Hospital Clínico Regional de Concepción", applying a technique that meant to suspend the corners of the mouth to the zygomatic arc with foot tendons, besides to practice him a closing blefaroplasty in the external rim of the affected side. It is described the made surgical technique, with photographic support. We analyzed the advantages of this technique and we expose the results.

KEY WORDS: **Peripheral facial palsy, surgery**

INTRODUCCIÓN

La parálisis facial es una patología relativamente frecuente cuya etiología es muy amplia^{1,2}. Causada por infartos, aneurismas o hemorragias cerebrales, como también por tumores de la base del cráneo, del oído interno, traumatismos, trastornos durante el parto u otras causas idiopáticas². Frecuentemente produce alteraciones oculares, deformidades cosméticas y, en muchos casos, incapacidad funcional para la expresión facial que es propia del ser humano^{3,4}. El tratamiento de la parálisis facial es un serio problema, aunque ha avanzado muchísimo en las últimas 3 décadas^{5,6}. Las posibilidades de tratamiento quirúrgico son muy amplias^{7,8,9}, suspensiones con pesas o tendones,¹⁰ trasposiciones musculares¹¹, trasposiciones nerviosas^{10,11}, entre otras, que se pueden diferenciar entre técnicas estáticas y dinámicas^{12,13}. Presentamos un paciente al que se le realizó una reconstrucción estática para corregir la asimetría facial, utilizando tendones autólogos.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 19 años portador de parálisis facial periférica derecha diagnosticada a los 4 años de edad, de etiología no precisada, tratada desde los 6 años de edad con fisioterapia, sin la obtención de resultados. El año 1994 se realizó TAC, sin hallazgos patológicos y electromiografía facial que no mostró signos de reinervación, quedando sin ningún tipo de tratamiento hasta los 17 años en que es llevado a la Teletón, siendo derivado al Policlínico de Cirugía Plástica del Hospital Clínico Regional de Concepción en Agosto del año 2002, donde se constató paciente con desviación de comisura bucal hacia la izquierda, epífora, lagoftalmo y signo de Bell positivo. Se decidió intervención quirúrgica para corregir su asimetría facial, la que se efectuó el 22 de septiembre de 2003. El paciente evolucionó satisfactoriamente, sin complicaciones, por lo que fue dado de alta con controles en forma ambulatoria.

Intervención quirúrgica

Se realizó plastia con tendón, para lo cual se extrajeron 2 tendones extensores, del cuarto y tercer orjejo del pie derecho, colocándose uno peribucal haciendo una lazada y luego otra lazada desde el tendón que se colocó al arco zigomático fijándolo en posición (Figura 1). Sutura del tendón con ethilon 5-0. Se practicó blefaroplastia de los párpados superior e inferior, tercio distal, en dos

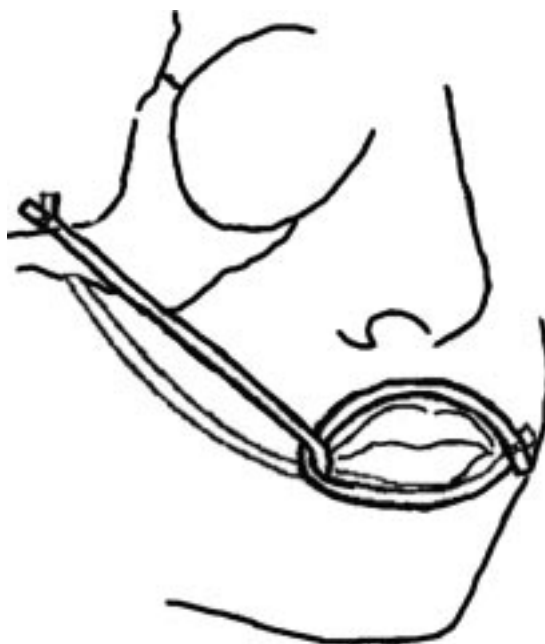


Figura 1. Técnica quirúrgica estática para la corrección de la parálisis facial periférica. Suspensión de la comisura bucal a través de tendones que conforman un arco peribucal y otro desde el anterior al arco zigomático.

planos. Catgut a la conjuntiva y ethilon 6-0 a la piel.

RESULTADOS

Mostramos los resultados obtenidos con fotos preoperatorias, intraoperatorias y el resultado a 3 meses de operado (Figuras 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8).



Figura 2. Preoperatorio: Descenso y desviación de comisura bucal con lagoftalmo.



Figura 3. Preoperatorio: Toma para realizar lagofortamento.



Figura 6. Intraoperatorio: Lazada al tendón peribucal *in situ* con tendón al arco cigomático.

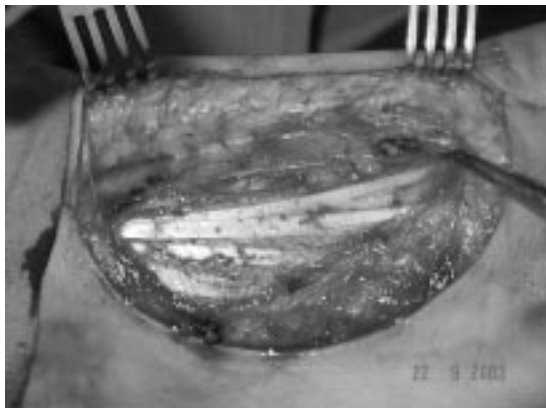


Figura 4. Intraoperatorio: Tendones extensores del pie.



Figura 5. Intraoperatorio: Colocación de tendones peribucal.

pero no dan movilidad a la cara y técnicas dinámicas que otorgan a la cara una movilidad lo más parecida posible a la hemicara contralateral.^{11,12,13} El trastorno más importante a corregir corresponde al cierre ocular, existiendo diferentes técnicas descritas para ello: la transposición del músculo temporal para provocar el cierre activo del párpado, la colocación de pesas de oro en el párpado superior y las suspensiones del párpado inferior mediante una cantoplastia externa o mediante tendones.^{11,13,15} Para corregir la asimetría facial, se utilizan suspensiones faciales mediante tendones autólogos, extraídos de una pierna, lo que permite al paciente mejorar el habla, evitar la mordida de la mucosa bucal y la respiración nasal, lo que corresponde a técnicas estáticas. Para rehabilitar la sonrisa, es importante el tiempo de evolución de la parálisis facial, con menos de dos años de evolución se



Figura 7. Tendones peribucal y al arco cigomático entrelazados.

DISCUSIÓN

El tratamiento de la parálisis facial se divide en técnicas estáticas que sólo recuperan la simetría



Figura 8, a, b y c. Postoperatorio: Tres meses postcirugía.

mantiene el trofismo de la musculatura facial, por lo que se utilizan técnicas orientadas a reinervar la propia musculatura, principalmente trasposición nerviosa con nervio hipogloso o un injerto facial cruzado, que corresponde a la utilización del nervio facial sano, logrando así un movimiento facial más natural.^{14,15,16,17,18} Si el tiempo de evolución de la parálisis facial es mayor a dos años, existe atrofia de la musculatura facial, que no se moverá si es reinervada, en este caso, existe la posibilidad de trasplantar a la cara un músculo procedente de otra parte del cuerpo, habitualmente músculo recto interno de la pierna o músculo dorsal ancho.^{16,18,19} Para poder activar este músculo trasplantado se realiza un trasplante nervioso con un nervio donante lo suficientemente largo que alcance el lado sano desde el lado paralizado, lo que corresponde a técnicas dinámicas.^{18,20,21} En nuestro paciente se realizó una técnica estática, debido a la larga data de evolución de la parálisis, que le produjo atrofia muscular de la hemicara afectada, con denervación muscular que se demostró con una electromiografía facial hace 10 años.

REFERENCIAS

1. Santos-Lasaosa S, Pascual-Millan LF, Tejero-Juste C, Morales-Asin F. Rev Neurol 2000; 30: 1048-53.
2. Kobayashi T. Congenital unilateral lower lip palsy. Acta Otolaryngol 1979; 88: 303-9.
3. Fernández-Alba J, Salmeron JI, Calderon J, Acero J, López-Atalaya J, Navarro-Vila C. Acta Otorrinolaringol Esp 1999; 50: 20-8.
4. Sadove AM, Eppley BL. Pediatric plastic surgery. Clin Plast Surg 1996; 23: 139-55.
5. Kozak J, Voska P, Tichy M. Contemporary state of surgical treatment of facial nerve paresis. Preliminary experience with new procedures. Acta Chir Plast 1997; 39: 125-31.
6. Harrison DH. Treatment of infants with facial palsy. Arch Dis Child 1994; 71: 277-80.
7. Wayne L, Regan T, Maisie S. Rehabilitation of facial paralysis. Facial Clin Plast Surg 1999; 1905-08.
8. Zuker RM, Manktelow RT. A smile for the Moebius syndrome patient. Ann Plast Surg 1989; 22: 188-91.
9. Eppley BL. Pediatric plastic surgery revisited. Clin Plast Surg 2001; 28: 731-44, vii.
10. Tulley P, Webb A, Chan aJ, Tan S, Hudson D, Grobbelaar A, Harrison D. Paralysis of the marginal

- mandibular branch of the facial nerve: treatment options. *Br J Plast Surg* 2000; 53: 378-85
11. Sinsel NL, Guelinckx PJ, opdebeeck H. The effect of muscle transplantation after unilateral partial facial paralysis on craniofacial growth and development: relationship between muscle and nerve histomorphometric findings. *Plast Reconstr Surg* 2000; 105: 111-27; discussion 128-9.
 12. Wells MD, Manktelow RT. Surgical management of facial palsy. *Clin Plast Surg* 1990; 17: 645-49.
 13. Terzis JK, Noah ME. Analysis of 100 cases of free-muscle transplantation for facial paralysis. *Plast Reconstr Surg* 1997; 99: 1905-09.
 14. Inigo F, Ysunza A, Rojo P, Trigos I. Recovery of facial palsy after crossed facial nerve grafts. *Br J Plast Surg* 1994; 47: 312-7.
 15. Baker DC, Conley J. Regional muscle transposition for rehabilitation of the paralyzed face. *Clin Plast Surg* 1979; 6: 317-31.
 16. Takushima A, Harii K, Asato H, Ueda K, Yamada A. Neurovascular free-muscle transfer for the treatment of established facial paralysis following ablative surgery in the parotid region. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113: 1563-72.
 17. Narcy P, Tran-Ba-Huy E, Margoloff B, Bobin S, Manach Y. Therapeutic indications in facial paralysis of the newborn infant. Apropos of 9 cases. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1982; 99: 377-82.
 18. Crumley RL. Recent advances in facial nerve surgery. *Head Neck Surg* 1982; 99: 377-82.
 19. Crumley RL. Recent advances in facial nerve surgery. *Head Neck Surg* 1982; 4: 233-6.
 20. Smith JD, Crumley RL, Harker LA. Facial paralysis in the newborn. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1981; 89: 1021-4.
 21. Fisch U. Cross-face grafting in facial paralysis. *Arch Otolaryngol* 1976; 102: 453-7.
 22. Harris JP, Davidson TM, May M, Fria T. Evaluation and treatment of congenital facial paralysis. *Arch Otolaryngol* 1983; 109: 145-51.
 23. Cotin G, Bodard M, Paquelin F, Garabedian N. Neonatal facial paralysis. Our experience apropos of 44 cases. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1983; 100: 327-32.