

TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS FACIAL

A. DE LA FUENTE GONZÁLEZ

El tratamiento quirúrgico de la parálisis facial constituye uno de los más difíciles problemas a resolver por el cirujano plástico y al cual ha de enfrentarse con relativa frecuencia. El principal objetivo de este tratamiento es la restauración «ad integrum» funcional y estética, con una recuperación total de los músculos de la expresión facial. Ahora bien, cuando esto no es posible, bien por la propia etiología de la parálisis facial o por su tiempo de evolución, nos vemos obligados a recurrir a procedimientos paliativos cuya principal misión es restaurar la simetría facial tanto en reposo como en movimiento. La simetría estática no es difícil de conseguir, pero no podemos decir lo mismo, en el momento actual por lo que se refiere a la simetría dinámica, ya que es obligado reconocer que a pesar de la gran variedad de técnicas que pueden ser empleadas con aceptables resultados, aún nos encontramos lejos de poder ofrecer a estos pacientes una solución definitiva a su problema.

Debido a la diversidad de factores determinantes del estado funcional del músculo y nervio en una parálisis facial, no es posible encontrar actualmente una técnica quirúrgica capaz de resolver toda la problemática que plantea este tipo de patología. Por el contrario, la mayoría de los casos requieren un tratamiento complejo en el que se combinan varios procedimientos quirúrgicos, cuya elección quedará determinada por las circunstancias del paciente y las características de su afección, así como de las propias preferencias del cirujano.

TRATAMIENTO. — El tratamiento de la parálisis facial irreversible resiste serias dificultades en gran número de casos. Entendemos por parálisis facial irreversible aquella que no se ha corregido espontáneamente o mediante el tratamiento médico o quirúrgico causal.

En estos casos el mecanismo de actuación quirúrgica vendrá definido por el tipo de parálisis y el tiempo de evolución.

Frecuentemente se trata de parálisis «a frigore», isquemia, o de Bell, en las que tras un tratamiento antiinflamatorio, antibiótico y neurotrófico o quirúrgico, consistente en la descompresión del nervio facial en su trayecto intrapetoso, no ha habido mejoría en estos casos, pues no cabe otra solución que el recurrir a procedimientos quirúrgicos paliativos.

Lo mismo sucederá en aquellos casos traumáticos tras accidentes, tras sección yatrogénica del facial por error quirúrgico o por resección del nervio englobado dentro de una masa tumoral (neurinoma del acústico, VII par, colesteatoma, etc.) y que por haber fracasado el tratamiento causal o por una atrofia muscular irreversible debido a su larga evolución, van a exigir una cirugía paliativa.

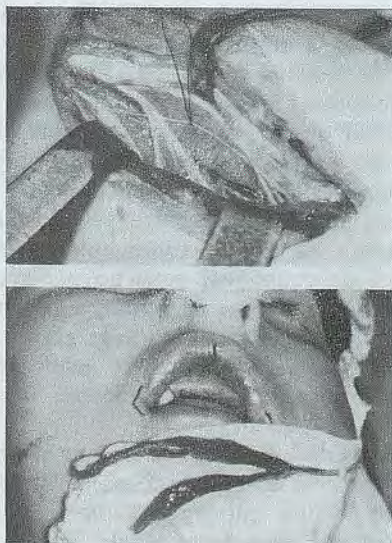


FIG. 1. — Denervación del palmaris longus (rama motora del mediano) y músculo hendido en dos y preparado para su colocación.

Por lo que se refiere a las parálisis de etiología infecciosa como es la de Ransay-Hunt, provocada por el virus del Herpes Zoster, en el territorio del ganglio geniculado, las posibilidades de recuperación espontánea o mediante tratamiento son muy escasas.

Pues bien, en todos estos casos hemos de recurrir a una cirugía paliativa de las secuelas. La elección del método vendrá determinada, como anteriormente decíamos, por el tipo de parálisis, tiempo de evolución y preferencias del cirujano (cuadro I).

Parálisis de larga evolución: En estos casos los injertos musculares nos han dado resultados ampliamente satisfactorios en la mayor parte de los casos. Si bien la conveniencia del uso de estos injertos ha sido muy debatida, desde el punto de vista de la neurotización del injerto muscular a través de fibras procedentes del lecho muscular sano en contacto con el injerto, no cabe duda que la actuación de estos injertos, en la mayor parte de los casos, cuando la técnica quirúrgica se realiza de forma correcta y el caso es adecuado, es bastante satisfactoria.



Foto 2. — Preoperatorio y postoperatorio de la boca tras haber colocado un injerto muscular. Al sonreír no se ve la encía y la asimetría ha desaparecido casi completamente.

Por lo que se refiere a la reinervación de los injertos musculares, tenemos registros electromiográficos e histológicos que recogen potenciales de reinervación y se identifican fibras musculares activas correspondientes al injerto. En el caso de los párpados, existe una gran dificultad para distinguir cuales son las fibras del injerto y del orbicular sobre las que están asentadas, ya que a nivel del párpado paralizado sólo discurren los tendones del injerto músculo-tendinoso. No ocurre así

para el orbicular de los labios en que el injerto muscular va colocado a todo lo largo del orbicularis oris, tanto sobre su mitad sana como sobre su mitad paralizada. Sin embargo no es el objeto de este trabajo discutir sobre el mecanismo de actuación de estos injertos, tema sobre el que existe una gran cantidad de bibliografía.^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8} Pero queremos dejar sentado que en nuestras manos los resultados son satisfactorios, y que para personas jóvenes los preferimos al empleo de materiales inorgánicos en el caso de los párpados, tales como el resorte de Morel-Fatio, imanes de Mühlbauer, pesas de oro, etc., los cuales son susceptibles de provocar intolerancias, decúbitos, hipertrofias del elevador con la consiguiente descompensación para su ajuste en el caso de los imanes, etc.

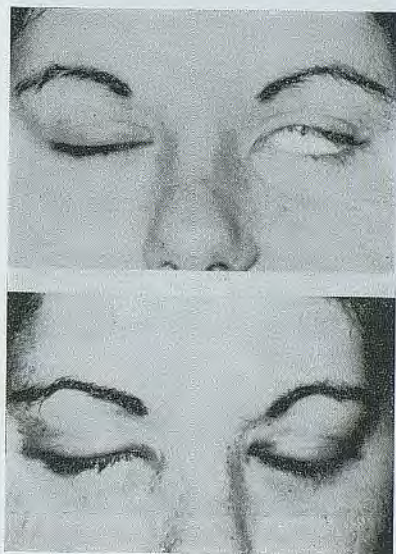


Fig. 3.— Preoperatorio y postoperatorio, tras colocar un injerto muscular del extensor digitorum brevis. Ha desaparecido totalmente el lagoftalmos y la función es perfecta.

En el caso de la boca, asimismo los resultados han sido satisfactorios. Por una parte se consigue la elevación de la comisura mediante una suspensión estática por medio del injerto tendinoso que prolonga el vientre muscular del palmaris longus (músculo empleado por nosotros para la boca) que va a anclarse al proceso cigomático, y por otra las fibras musculares que circundan la boca colaboran dándole un mayor tono y resolviendo los molestos problemas funcionales derivados de su

parálisis, como son la imposibilidad de mantener los líquidos en la boca, mordida de la mejilla al comer, mejorar el habla, etc.

En el caso de los párpados, nuestro músculo de elección es el extensor digitorum brevis. Tras su denervación (tibial anterior o peroneo profundo), dos de sus vientres musculares se colocan en contacto con el orbicular de ambos párpados, superior e inferior del lado sano, y sus porciones tendinosas entrecruzadas a nivel de un túnel nasal creado, se disponen formando un cerclaje en los párpados del lado paralizado. De este modo, al contraerse el orbicular sano, se contrae sincrónicamente el injerto muscular que a través de sus tendones provoca el cierre del lado paralizado.



FIG. 4. — Injerto de sural extraído y colocación de dos de ellos a través de la cara en la situación que van a ir en su trayecto subcutáneo.

Parálisis de corta evolución: En aquellos casos traumáticos de corta duración, en que pueda hacerse una reparación nerviosa «ad integrum» mediante neurorrafia, injertos nerviosos, etc., éste ha de ser el mecanismo de elección.

Sin embargo hay otros casos irreversibles de no larga evolución, en que por su etiología no puede hacerse una reparación nerviosa de este tipo (parálisis de Bell, Ransay-Hunt, etc.), pero que por no existir una atrofia irreversible de los músculos de expresión facial admiten téc-

nicas de injertos nerviosos. En estos casos nosotros hemos empleado con éxito los injertos cruzados del facial descritos por SMITH⁹ y ANDERL.¹⁰ El nervio utilizado como injerto fue el sural en todos los casos, ya que permite obtener una gran longitud de injerto dejando una zona dadora con una mínima incapacidad funcional consistente en una pequeña zona anestésica. En cuanto a los resultados obtenidos con estas técnicas, podemos decir que los casos tratados por nosotros han tenido una reinervación efectiva comprobable tanto clínicamente como por medio de estudios electroneurofisiológicos.

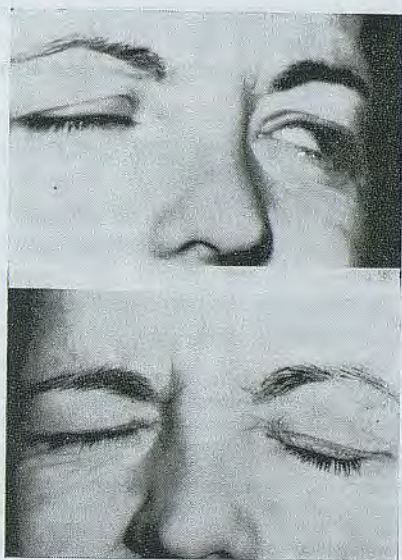


Fig. 5. — Preoperatorio y postoperatorio de un caso tratado con anastomosis cruzada del facial. La función y resultado estético son excelentes.

CONCLUSIONES. — 1.º La problemática que plantean las parálisis faciales irreversibles no puede ser resuelta por una sola técnica quirúrgica. La mayoría de los casos requieren un tratamiento combinado de varios procedimientos, cuya elección viene determinada por el estado funcional de las estructuras nerviosas y musculares, las circunstancias del paciente, las características de la afección y las propias preferencias del cirujano.

2.º Siempre que sea posible, tanto por la forma etiopatogénica como por el estado funcional del músculo y nervio, se practicará una

cirugía integral del nervio, bien mediante una neurorrafia terminoter-minal o bien mediante la interposición de un injerto nervioso.

3.º Dentro de la cirugía del músculo en los procedimientos paliativos dinámicos, los injertos musculares de Thompson constituyen, según nuestro criterio, el procedimiento de elección.

4.º Cuando, a pesar del tiempo transcurrido desde la lesión primaria, la musculatura facial conserva todavía algún grado de funcionalidad, aunque ésta sólo sea detectable por medio de estudios electrofisiológicos, creemos que los injertos nerviosos transfaciales constituyen la técnica óptima.

5.º Los implantes de materiales inorgánicos deben quedar relegados, a nuestro juicio, a aquellos casos en los que por circunstancias personales o socioeconómicas del paciente, no sea aconsejable el utilizar materiales autólogos.

*Jefe de Sección del Departamento Nacional
de Cirugía Plástica
Centro especial «Ramón y Cajal». Madrid*

BIBLIOGRAFIA

1. THOMPSON, N.: Autogenous free grafts of skeletal muscle. A preliminary experimental and clinical study. *Plast. Reconstr. Surg.*, 48, 11, 1971.
2. THOMPSON, N.: Treatment of facial paralysis by free skeletal muscle grafts. In *Transactions of the fifth International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery* p. 66 Butterworth and Co. Australia 1971.
3. HAKELIUS, L., NYSTROM, B., STALBERG, E.: Histochemical and neurophysic logical studies of autotransplanted cat muscle. *Scand. J. Plast. Reconstr. Surg.*, 9, 15, 1975.
4. MILLER, T. A., KORN, H. N., WHEELER, E. S., ELDRIDGE, L.: Can one muscle reinnervate another? A preliminary study of muscular neurotitation in the rabbit. *Plast. Reconstr. Surg.*, 61, 50, 1978.
5. MARKELEY, J. M., FAULKNER, J. A., CARLSON, B. M.: Regeneration of skeleton muscle of the grafting in monkeys. *Plast. Reconstr. Surg.*, 62, 415, 1978.
6. PLAZZOLA, R. F., ANTONELLI, A. R.: A contribution to the treatment of permanent facial paralysis by free muscle grafting based on 21 cases. *Chir. Plastica (Ber.)*, 3, 59, 1976.
7. FUENTE, A. de la, PENA, M. C.: Injertos musculares en el tratamiento de la parálisis facial. *Rev. Quir. Esp.*, 3, 323, 1976.
8. HAKELIUS, L.: Transplantation of free autogenous muscle in the treatment of facial paralysis. *Scand. Plast. Reconstr. Surg.*, 8, 220, 1, 1974.
9. SMITH, J. M.: A new technique of facial animation. In *Transactions of the fifth International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery*. Butherworths. Melbourne, 1971.
10. ANDERL, H.: Reconstruction of the face through cross-face nerve transplantation in facial paralysis. *Chir. Plastica (Ber.)*, 2, 17, 1973.