

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA PARALISIS FACIAL

Dr. JORGE GARCIA GOMEZ

*Académico de número. Profesor, Facultad de Medicina
del Colegio Mayor del Rosario.*

RESUMEN

Una revisión de la experiencia del autor con 203 casos de parálisis facial. La etiología, evaluación clínica, indicaciones quirúrgicas y diferentes técnicas son discutidas en este artículo.

Resumimos en este trabajo nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de la parálisis facial y que comprende una serie de 203 intervenciones que hemos tenido oportunidad de practicar hasta Mayo de 1980. Esta casuística ha sido seleccionada en pacientes de nuestra clientela privada y en aquellos pacientes atendidos en los servicios sociales del Hospital San José, Dpto de Otorrinolaringología, algunos de ellos operados por el personal de nuestro departamento. El número total de intervenciones quirúrgicas de hueso temporal practicadas en estos 26 años en el Instituto de Cirugía del Oído y en el Hospital San José asciende a 5.345 de las cuales 203 corresponden a Cirugía del Nervio Facial, no solo en su trayecto timpánico y mastoideo sino en su trayecto laberíntico. Durante los primeros 10 años de nuestra práctica audioquirúrgica fueron muy escasas las intervenciones practicadas, bien por el temor de los pacientes a aceptar esta cirugía o bien por la falta de

referencia o confianza de otros especialistas. Con los progresos de la moderna cirugía y la mejoría en nuestros resultados la confianza ha renacido y es así como en los últimos 3 años hemos tenido oportunidad de operar cerca de 30 pacientes.

La mayor parte de nuestra casuística corresponde a lesiones idiopáticas de Bell, en un 80% de los casos, un 10% de lesiones post-traumáticas y el resto a otro tipo de patología. La vida moderna y los riesgos a los cuales estamos sometidos hace que las lesiones del nervio facial sean cada día más frecuentes, por accidentes de trabajo, deportes (equitación, boxeo, natación, esquí, etc), heridas con armas de fuego, accidentes de tráfico y también lesiones iatrogénicas por la práctica de intervenciones quirúrgicas sobre el oído, que hoy tienen mucho más riesgo y posibilidades de lesionar el nervio, como es la moderna cirugía a través de la fosa media o traslaberíntica en el tratamiento quirúrgico del vértigo o Neurinomas de acústico.

La parálisis facial es para el paciente un problema grave, no solo de orden estético y funcional, sino emocional y que puede dejar una deformación facial permanente con pérdida del tono muscular.

Los casos severos llegan a interferir en la expresión del lenguaje, la masticación y funciones elementales de la vida como comer, beber, silvar, afeitarse, etc. Es el nervio de la expresión facial voluntaria e involuntaria y en el hombre existe una grave variedad de movimientos faciales expresivos que exteriorizan diversos estados anímicos que nos diferencian de los animales y que dan a cada individuo un carácter peculiar. La expresión facial es una función primordial en la vida, y su pérdida produce en el individuo un gran impacto sobre su personalidad, que lo puede llevar a la neurosis o al suicidio. El cirujano debe aceptar la parálisis como una complicación quirúrgica grave y estar preparado para resolverlo. Nadie, por más experiencia que tenga está exento de lesionar un nervio facial.

En principio debemos aceptar la parálisis traumática como una emergencia médica y es al Otorrinolaringólogo en combinación con el Neurólogo a quien corresponde la conducta a seguir. No olvidemos, que es el hueso temporal en donde el nervio tiene su trayecto más largo y es allí donde las lesiones son más frecuentes.

Después de una lesión, bien sea traumática, infecciosa o iatrogénica; el nervio facial puede ser injertado o decomprimido en todo su trayecto sin dejar una cavidad operatoria y conservando la función cocleovestibular. Es sobre estos principios como podemos definir la conducta y ofrecerle al paciente todos los beneficios de la moderna microcirugía. Estas intervenciones no se deben dilatar y la conducta actual es operar lo más rápido posible, cuando las condiciones generales del paciente lo permitan, y antes de que se produzcan cambios irreversibles en el nervio, como granulomas o fibrosis. El criterio clínico del Otorrinolaringólogo debe primar sobre todos los modernos equipos de electrodiagnóstico que en muchos centros médicos no se encuentran fácilmente.

De otro lado, tiene más valor un examen clínico y las pruebas de salivación, lagrimación y gusto, la impedanciometría y el reflejo estapedial que las pruebas de neuro-excitabilidad, ya que como Taylor lo ha demostrado, un nervio completamente seccionado puede responder al excitar su cabo distal, durante las primeras 72 horas, de suerte que el cirujano no debe esperar estos informes, sino intervenir con la valoración clínica del paciente.

EXAMEN PRE-OPERATORIO:

Antes de definir la conducta quirúrgica, ante una parálisis de Bell o traumática el paciente debe ser sometido a un examen pre-operatorio exhaustivo, a excepción de los casos de emergencia que no dan tiempo para estos exámenes y es el criterio clínico el que define la conducta.

La intervención en casos de emergencia, deberá practicarse tan pronto el enfermo se encuentre en condiciones generales aceptables que permitan la práctica de la intervención de acuerdo con un examen clínico neurológico y valoración preanestésica. Una vez que el enfermo se encuentra en condiciones aceptables para el acto quirúrgico consideramos de rutina los siguientes exámenes:

VALORACION CLINICA DE LA PARALISIS FACIAL:

1. Examen Otorrinolaringológico
2. Examen Neurológico completo
3. Pruebas de Topodiagnóstico
 - a. Lagrimación
 - b. Salivación
 - c. Gusto
 - d. Impedanciometría
4. Estudio radiológico del hueso Temporal
5. Escanografía simple y con contraste aéreo
6. Electrodiagnóstico
 - a. Electromiografía
 - b. Electroneuronografía

Con estas pruebas podemos hacer un diagnóstico topográfico del sitio en que el nervio se encuentre lesionado y con anticipación planear la intervención quirúrgica y en especial la vía de abordaje al nervio, que bien podría ser por vía mastoidea, traslaberíntica, transmeatal o por vía de la fosa media.

ETIOLOGIA:

Ante el cuadro clínico de un paciente que consulta con Parálisis Facial, debemos tener presente que un sinnúmero de entidades patológicas pueden producir este cuadro. Y bien puede tratarse de una simple parálisis idiopática, pero no debemos descartar un proceso tumoral como puede ser un Neurinoma del Acústico, que en algunos casos se presenta inclusive con audición normal, y uno de los primeros síntomas es la Parálisis. Resumimos

en el cuadro siguiente las causas más frecuentes de la Parálisis Facial.

ETIOLOGIA DE LA PARALISIS FACIAL

Lesiones centrales:

Accidentes cerebrovasculares
Enfermedades desmielinizantes
Tumores del ángulo pontocerebeloso
Poliomelitis

Lesiones periféricas (Intratemporales)

Infecciones: T.B.C. Otitis
Sífilis, lepra
Varicela, Roseola, Paperas
Herpes Zoster
Parálisis Idiopática (Bell)

Tumores:

Neurinoma del facial
Neurinoma del acústico
Glomus yugulares
Colesteatoma
Tumores metastásicos
Granulomas
Granulomatosis de Wegener
Sarcoidosis

Enfermedades sistémicas

Síndrome Guillain Barré. Diabetes
Vasculitis. Hipertensión
Síndrome de Melkersson

Lesiones traumáticas:

Quirúrgicas (Iatrogénicas)
Fracturas del hueso temporal
Heridas con arma de fuego

TRATAMIENTO QUIRURGICO:

El mejor tratamiento de la parálisis post-traumática es la prevención. Muchos de los accidentes de la vida moderna pueden evitarse. Los obreros en las fábricas deben estar protegidos para evitar accidentes que pueden producir lesiones faciales o fracturas del hueso temporal. Esta prevención, también debe extenderse a todos los deportes que potencialmente producen estos accidentes. Pero para los Otológicos la mejor prevención del ac-

cidente quirúrgico es un buen entrenamiento y dominio de la anatomía del hueso temporal, que solo se adquiere con muchas horas de práctica sobre cadáveres, y la experiencia de años en el vivo.

En relación con las distintas pruebas que hoy se practican para definir el diagnóstico, sitio y grado de la lesión, le damos la mayor importancia a las pruebas de salivación, lagrimación y gustometría en la que tenemos mayor experiencia y son de fácil aplicación clínica y no necesitan equipos sofisticados para su práctica. El audiocirujano debe estar también familiarizado con las pruebas de electrodiagnóstico y la interpretación de ellas sobre las cuales haremos algunos comentarios.

El examen de neuro-excitabilidad (N.E) se basa en que cuando una lesión bloquea la conducción de un nervio motor, el músculo que inerva, no funciona voluntariamente. Pero si el nervio está intacto por delante de la lesión, entonces responde normalmente, si se estimula más allá de esta lesión.

La electromiografía es un examen que tiene sus indicaciones cuando aparecen cambios de degeneración o fibrilación, pero estos se presentan tan solo a los 20 días, de suerte que, las pruebas de neuro-excitabilidad tienen indicación más inmediata, pero deben practicarse diariamente.

Vamos a definir, también, los siguientes términos y que corresponden al proceso que sigue un nervio lesionado.

Un nervio puede sufrir tres tipos de lesiones:

1. Neuropraxia

Es la interferencia funcional del nervio no acompañada de degeneración del segmento distal. En otras palabras, es el bloqueo fisiológico del nervio.

2. Axonotmesis

Corresponde a la degeneración incompleta del nervio. Es la división del axón con degeneración periférica del axón y vaina mielínica pero sin apreciable daño del neurilema y vainas endoneurales.

3. Neurotmesis

Es la degeneración completa del nervio, con ausencia de neuroexcitabilidad y se presenta cuando hay interrupción de los elementos esenciales del nervio,

aunque no necesariamente, acompañada de una solución de continuidad.

La Neuropraxia es el daño más ligero y solo se lesiona la vaina del nervio.

Un nervio lesionado con edema, fragmentos óseos o hemorragia intracanalicular lo único que puede restablecer su función es la cirugía, y si no se interviene puede llegar a la Neuropraxia o a la Neurotmesis, la demora en el acto quirúrgico, solo empeora el pronóstico y permite que durante este tiempo aparezcan en el nervio cambios irreversibles que posteriormente serán más difíciles de reparar.

No se puede tener una conducta definida previa sobre si vamos a practicar una descompresión, una sutura o un injerto libre. Es solo durante el acto quirúrgico y una vez expuesto ampliamente el nervio e identificada la lesión, cuando podemos definirnos sobre la conducta. Después de una buena hemostasis y bajo control microscópico, examinamos el nervio que bien puede estar con edema, hemorragia intracanalicular o fragmentos óseos, o bien totalmente seccionado, y es de acuerdo con la lesión encontrada, como vamos a intervenir.

En nuestra experiencia y al revisar los casos referidos por accidentes quirúrgicos, hemos encontrado los siguientes sitios en que el nervio ha sido lesionado:

Sitios frecuentes de lesiones Otoquirúrgicas:

1. En el piso del antro mastoideo en casos de Duramadre muy baja.
2. En el segmento timpánico al remover el puente.
3. En el segmento vertical al practicar la timpanotomía posterior.
4. En el ganglio geniculado en donde el facial puede ser confundido con el músculo del martillo.
5. En Estapedectomía y cirugías de vértigo.
6. En sección del nervio vestibular. Neurinoma del acústico.

PRINCIPIOS BASICOS

EN LAS TECNICAS QUIRURGICAS:

1. Identificación amplia del área lesionada.
2. Localización del nervio en segmento proximal y distal.
3. Reparar el nervio y las estructuras vitales adyacentes.

4. Obtener un injerto de diámetro y longitud adecuado. (Auricular mayor)
5. Practicar una Neurorrafia atraumática.
6. No dejar cavidad operatoria y reconstruir tímpano y cadena osicular.
7. Liberar el nervio en agujero estilomastoideo.
8. Irrigación continua y fresas de diamante, electrocoagulación bipolar.
9. No colocar un injerto sobre una cavidad infectada.

CONDUCTA ANTE UNA PARALISIS DE BELL:

La parálisis de Bell o idiopática es una entidad muy frecuente en nuestro medio y muy posiblemente los cambios de presión barométrica y las variaciones de temperatura en la ciudad de Bogotá tengan influencia sobre nuestra alta incidencia; las temperaturas en 24 horas fluctúan entre 3°C y 18°C.

En un estudio realizado durante 10 años en el Hospital San José sobre 768 casos en los Departamentos de Neurología, Rehabilitación y Otorrinolaringología, se encontró la siguiente incidencia: Parálisis de Bell 84%, Traumáticas 9%, Infecciosas 4% y Tumorales 3%. Se ha llegado a la conclusión de que un 50% de las parálisis faciales *a frigore* regresan espontáneamente sin tratamiento médico. No se debe instituir ningún tratamiento médico en las parálisis mientras no se haya establecido un diagnóstico sobre su etiología. En las parálisis *a frigore* los mejores resultados los hemos conseguido con Corticoides, usando 40 mg diarios en dosis descendente durante 15 días. Los vasodilatadores tienen valor relativo, y un alto porcentaje de pacientes han mejorado espontáneamente. La fisioterapia debe ser dirigida por un especialista y siempre bajo control médico, el exceso de fisioterapia puede producir Siquinosis y es más recomendable enseñar al paciente la fisioterapia a base de muecas, masajes, ejercicios de soplo, etc.

Una teoría más aceptada es que la parálisis de Bell es de origen vascular, con cambios en la irrigación del nervio y con el consiguiente mecanismo: A) Espasmo. B) Isquemia. C) Congestión. D) Edema. E) Fibrosis. F) Atrofia. Con el progreso en el electrodiagnóstico (Pruebas de neuroexcitabilidad), Examen de conducción, Electromiografía, Electrogustometría, y muy especialmente con las pruebas de lagrimación y salivación, el cirujano ha encontrado hoy una ayuda muy importante para definir la conducta quirúrgica. No entro en detalles

de descripción de estas pruebas, que están ampliamente descritas en la literatura. Solo quiero insistir que ante una prueba de Neuroexcitabilidad, con una diferencia de 3.5 miliamperios entre el lado sano y el afectado y con una pérdida de salivación en un 25%, la cirugía tiene una indicación muy definida. La experiencia nos demuestra que entre más precozmente se practique la intervención los resultados serán mejores y las secuelas mínimas.

Después de ocho semanas ya no hay edema ni inyección vascular y es posible encontrar atrofia. La decompresión dentro de las dos primeras semanas tiene resultados excelentes y los primeros signos de recuperación aparecen casi de inmediato. Después de tres o seis meses los resultados son menos favorables y creemos que después de un año de establecida, ya prácticamente no tiene indicación de cirugía de decompresión y se debe pensar en un injerto con un pronóstico muy reservado cuya recuperación será siempre parcial.

TECNICA DE DECOMPRESION:

Con los progresos de la microcirugía actual, hoy podemos ofrecerle al paciente una decompresión de todo el trayecto del facial, desde el ángulo pontocerebeloso hasta el agujero Estilomastoideo dando al enfermo los beneficios de una audición normal y conservando las estructuras anatómicas del hueso Temporal sin dejar cavidad operatoria.

La técnica a seguir dependerá del grado de la lesión que bien podrá ser una decompresión, un cambio de ruta, o un injerto que en nuestra experiencia el más adecuado es el Auricular mayor.

Seguiremos los principios de la moderna Audiocirugía con un instrumental adecuado, que incluye fresas de diamante que produzcan vibración, buena visibilidad e irrigación continua, electrocoagulación bipolar e instrumental para cirugía de fosa media. La decompresión generalmente se hace en el segmento vertical, desde el Estilomastoideo hasta la apófisis corta del Yunque. Usamos la vía retroauricular.

Una vez eliminadas las celdillas mastoideas usaremos fresas de diamante e irrigación continua, para no producir lesiones de la vaina del nervio. La técnica persigue una decompresión,

conservando la pared posterior y sin lesionar la cadena osicular o la membrana del tímpano.

De acuerdo con el examen clínico y el topodiagnóstico, seguiremos la decompresión hasta el ganglio geniculado practicando la timpanotomía posterior a través de la cual podremos visualizar las estructuras del oído medio conservando la cadena osicular.

La decompresión total del nervio en todo su trayecto intratemporal, usando la vía de la fosa media o la vía translaberíntica ha sido una de las conductas más importantes de los últimos años y su técnica perfeccionada y descrita por House, Pulec y Fisch. Estas técnicas tienen indicación muy definida cuando la lesión interesa al ganglio geniculado o el nervio en el conducto auditivo interno. Cuando las lesiones traumáticas producen pérdida de la audición, se usará la vía translaberíntica, para decomprimir el nervio en todo su trayecto, y cuando la lesión está conservada se practicará la vía de la fosa media.

INDICACIONES QUIRURGICAS INMEDIATAS:

1. Parálisis consecutiva a fracturas de hueso temporal.
2. Parálisis asociadas a lesiones timpano-osciculares.
3. Parálisis inmediata a un trauma quirúrgico.
4. Parálisis consecutiva a una Otitis media crónica o tumor del hueso temporal.
5. Parálisis traumática del recién nacido (Forceps).

INDICACIONES QUIRURGICAS:

1. Cuando la Neuropraxia se hace Axonotmesis y las pruebas de salivación y lagrimación son positivas la indicación quirúrgica es de urgencia.
2. Cuando a las pruebas de Neuroexcitabilidad existe una diferencia de más de 3.5 miliamperios entre el lado lesionado y el normal, la lesión es severa y debe explorarse.
3. Ante un nervio con edema, hemorragia o fragmentos óseos, lo único que restablece su función es la cirugía.
4. En las lesiones traumáticas del facial, los tratamientos conservadores (Antibióticos, corticoides, antiinflamatorios), no tienen ninguna

indicación, solo enmascaran el cuadro clínico o amparan la ignorancia del cirujano. La exploración debe hacerse antes de que el tejido de granulación o la fibrosis aparezcan en el sitio del trauma.

5. Si las pruebas de neuroexcitabilidad son positivas y la salivación está disminuida en un 10% debe operarse. Los cambios de salivación y del gusto aparecen primero que los cambios eléctricos.

SUMARIO Y CONCLUSIONES:

Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de la parálisis facial y que corresponde a 203 intervenciones practicadas por el personal del Departamento de Otorrinolaringología del Hospital San José y por nosotros en la práctica privada en 26 años (1953-1979). En esta casuística 8 de los pacientes corresponden a hemiespasma facial, 4 de los cuales han sido sometidos a decompresión total, siguiendo la vía de fosa media timpánica y mastoidea.

La parálisis facial post-traumática es una entidad cada día más frecuente y su incidencia ha aumentado para nosotros. Corresponden a accidentes de trabajo, de tránsito, lesiones otoquirúrgicas, deportes, accidentes de deportes y por armas de fuego.

Con las pruebas actuales de Electrodiagnóstico, la gustometría, las pruebas de lagrimación y salivación y las modernas técnicas radiológicas como la Politomografía, el cirujano está hoy más orientado para decidir una intervención quirúrgica, que entre más pronto se practique mejores serán los resultados.

Esta cirugía requiere un entrenamiento previo en cadaver, para familiarizarse con el trayecto intratemporal del nervio facial, requiere también, un instrumental adecuado, siendo muy importante a más del microscopio un buen motor con fresas de

diamante, irrigación y succión permanentes, el uso de electrocoagulación bipolar

Con las nuevas técnicas que hemos aprendido de House, Pulec y Fisch; el nervio facial puede ser operado en todo su trayecto sin dejar una cavidad operatoria y en algunos casos conservando la función cocleovestibular.

Consideramos como una gran conquista en la Otorcirugía moderna la decompresión del nervio por fosa media y nuestros resultados nos estimulan, para recomendarla en especial en casos en que existe compromiso del ganglio geniculado con pruebas de lagrimación positivas, o en casos de hemiespasma facial.

En relación con la parálisis idiopática de Bell creemos que la mayor incidencia de esta entidad en la ciudad de Bogotá puede ser debida a los cambios de presión barométrica o a la hipoxidosis de altura, lo mismo que a las variaciones de temperatura a que estamos sometidos. Estos pacientes deben tratarse medicamente en recuperación en 95%.

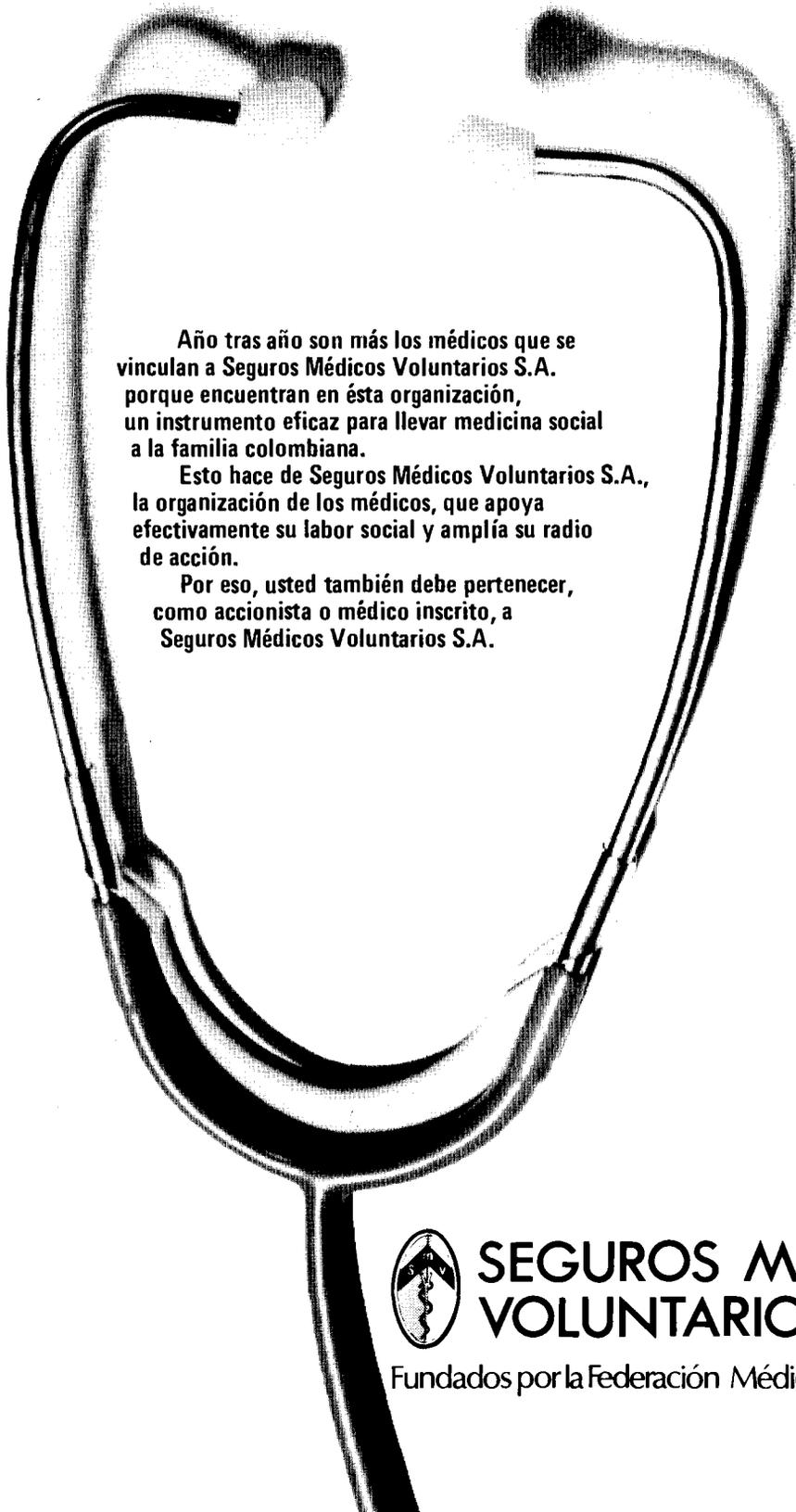
Sin embargo, no podemos hasta la fecha, concluir sobre su etiología. El 95% de los casos de parálisis idiopática, regresan, con o sin tratamiento médico, pero en un 5% de los casos la decompresión tiene indicación definitiva.

Un estudio audiológico completo, valoración neurológica incluyendo estudios radiológicos y Escanografía deben ser practicados ante un paciente que consulta por parálisis facial para descartar un proceso tumoral; y no se deberá instituir ningún tratamiento médico ni Fisioterapia sin haber definido un diagnóstico topográfico de la lesión.

* * *

La bibliografía se encuentra a disposición de los interesados en la redacción de Medicina.

Seguros Médicos Voluntarios S.A. es la empresa de los médicos.



Año tras año son más los médicos que se vinculan a Seguros Médicos Voluntarios S.A. porque encuentran en ésta organización, un instrumento eficaz para llevar medicina social a la familia colombiana.

Esto hace de Seguros Médicos Voluntarios S.A., la organización de los médicos, que apoya efectivamente su labor social y amplía su radio de acción.

Por eso, usted también debe pertenecer, como accionista o médico inscrito, a Seguros Médicos Voluntarios S.A.



**SEGUROS MEDICOS
VOLUNTARIOS S.A.**

Fundados por la Federación Médica Colombiana.