



Cirugía de la parálisis facial y de sus secuelas

P. Guerreschi, D. Labbé

La cirugía de las secuelas de la parálisis facial periférica cuenta con un amplio abanico de intervenciones y de procedimientos técnicos. El cirujano debe conocer este arsenal terapéutico y sus indicaciones múltiples. El tratamiento de estos pacientes es complejo debido a la gran variedad de las presentaciones clínicas y de las repercusiones psicosociales. Se debe realizar una exploración física inicial completa, que puede complementarse con el electromiograma. Consta de fotografías y de vídeos que mejoran con mucha frecuencia la semiología detallada del cuadro clínico para determinar el plan de tratamiento. Existen numerosas técnicas de cirugía paliativa, que deben conocerse en su totalidad para adaptar el procedimiento a la situación clínica particular. En cada nivel de la cara, las indicaciones dependen del tipo de parálisis y de su repercusión. Se deben tratar, siempre que sea posible, todas las consecuencias de la parálisis facial en una sola intervención, con el fin de evitar a los pacientes operaciones repetidas con resultados parciales.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Parálisis facial; Cirugía paliativa; Transferencia muscular; Mioplastia; Temporal; Toxina botulínica; Colgajo

Plan

■ Introducción	1
■ Anatomía	1
El nervio facial	2
Músculos de la mímica facial	2
Exploración física	3
Exploración oftalmológica	4
Pruebas complementarias	4
Formas clínicas	5
Formas evolutivas	5
■ Técnicas y procedimientos quirúrgicos	5
Reparación del nervio facial	5
Anastomosis nerviosas	7
Transferencias musculares paliativas dinámicas o mioplastias	9
Técnicas de reanimación paliativa pasiva	13
Miectomías, neurectomías y toxina botulínica	17
■ Indicaciones	19
Parálisis infantil	19
Parálisis facial bilateral en el síndrome de Moebius	19
Parálisis facial unilateral del adulto joven	20
Parálisis unilateral en ancianos	20
Paresia facial unilateral	21
Hemispasmo posparalítico	21
■ Conclusión	21

■ Introducción

El tratamiento de los pacientes que presentan una parálisis facial periférica debe ser global, con la participación de varios profesionales: cirujanos, oftalmólogos, ortofonistas, kinesiterapeutas y psicólogos, que trabajan en un equipo multidisciplinario.

El cirujano dispone en la actualidad de múltiples técnicas surgidas a lo largo del tiempo. Algunas son obsoletas, mientras que otras, pese a ser antiguas, siguen siendo muy útiles. Además, han aparecido técnicas nuevas que han demostrado ser eficaces y otras que están aún en proceso de mejora. En este artículo, se describen estos distintos métodos, criticándolos de forma constructiva para permitir establecer unas indicaciones óptimas. El análisis global de la parálisis facial y el conocimiento extenso de todas las técnicas es la clave para realizar una elección terapéutica adecuada y para ofrecer el mejor resultado al paciente.

■ Anatomía

La mímica facial tiene un papel social fundamental. Se produce mediante un mecanismo complejo en el que intervienen muchos músculos imbricados entre sí: los músculos de la mímica facial. Todos ellos dependen de un control nervioso unitario: el nervio facial, que se distribuye finamente por todos sus efectores.

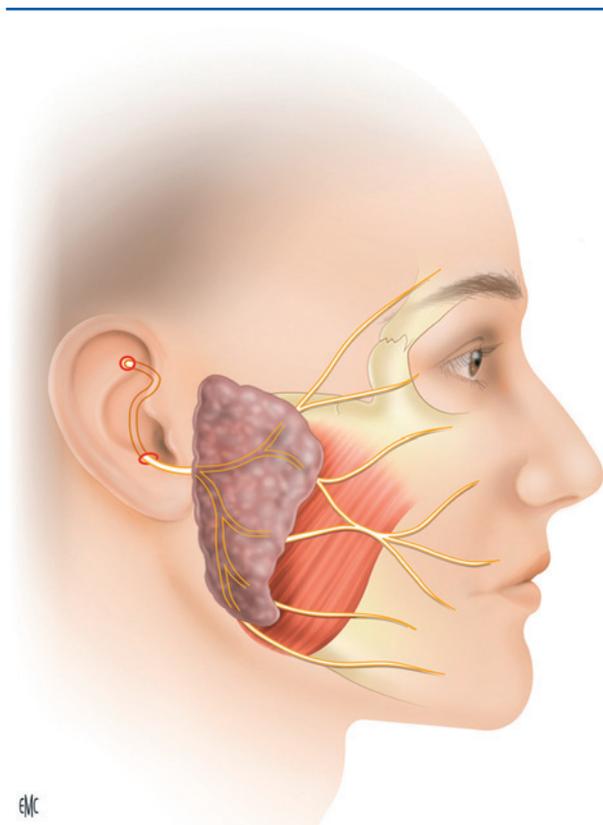


Figura 1. Recorrido del nervio facial y de sus ramos de división.

El nervio facial (Fig. 1)

El nervio facial es el séptimo par craneal y su función es predominantemente motora. Emerge del tronco del encéfalo, atraviesa el peñasco y se dirige a la región laterofacial. A continuación, se detallan su distribución y su vascularización.

Suelen describirse tres porciones con características y repercusiones funcionales distintas.

Porción intracraneal

A la salida del tronco del encéfalo, el contingente minoritario de fibras sensitivas se separa de la raíz motora y constituye un nervio distinto, denominado nervio intermedio de Wrisberg o VII bis. Los nervios VII y VII bis emergen de la fosita lateral del bulbo. Se agrupan enseguida con el VIII en un pedículo acusticofacial que se dispone transversalmente desde el tronco del encéfalo al conducto auditivo interno. Atraviesan el ángulo pontocerebeloso estrechamente relacionados con la arteria cerebelosa anteroinferior, que puede insinuarse entre ambos nervios. El pedículo acusticofacial penetra en el conducto auditivo interno recubierto por un manguito aracnoideo. Los elementos se separan en el fondo del conducto.

Porción intrapetrosa

El nervio facial se introduce en el acueducto de Falopio a través del peñasco, al que atraviesa siguiendo un recorrido sinuoso entre el oído interno y el oído medio. La porción intrapetrosa suele dividirse en tres segmentos separados por dos angulaciones.

El primer segmento, o laberíntico, es el más corto (3-4 mm) y el más estrecho (1,47 mm en promedio). Sigue un eje perpendicular al del peñasco y se relaciona en su parte anterior con la cóclea y en la posterior con el vestíbulo y los conductos semicirculares.

La primera angulación es la rodilla del nervio facial. El nervio presenta un ensanchamiento denominado ganglio

geniculado, situado sobre la segunda espira de la cóclea. A este nivel, el nervio siempre está rodeado por la aracnoides. La vascularización procede de la arteria del ganglio geniculado, rama de la arteria meníngea media.

El segundo segmento, denominado timpánico, tiene alrededor de 10-12 mm de largo y discurre entre el vestíbulo por detrás y la caja del tímpano por delante. Hace prociencia por detrás en la pared medial de la caja del tímpano. A continuación, el nervio adopta una dirección anteroposterior horizontal hasta la pared posterior de la caja del tímpano, donde describe su segunda angulación.

La segunda angulación es el codo o segunda rodilla del nervio facial. El conducto facial adopta una dirección vertical para atravesar la mastoidea.

El tercer segmento, o mastoideo, atraviesa la mastoidea verticalmente a lo largo de 13 mm, hasta el agujero estilomastoideo, por delante del extremo anterior de la escotadura mastoidea. Se relaciona por detrás con las celdillas aéreas de la mastoidea y por delante con la caja del tímpano, después con el surco timpánico y luego con la pared posterior del conducto auditivo externo óseo. Está vascularizado por la rama estilomastoidea de la arteria retroauricular. Da origen a tres ramas colaterales: el nervio del músculo estapedio, la cuerda del tímpano y el ramo comunicante con el plexo timpánico.

Al nivel del agujero estilomastoideo, el nervio facial se une con el ramo sensitivo del conducto auditivo externo que inerva la zona de Ramsay-Hunt.

Porción extracraneal

El nervio facial sale del peñasco por el agujero estilomastoideo, por delante de la apófisis mastoideas y por detrás de la apófisis estiloides, a la que rodea por su cara lateral. Se dirige hacia delante y hacia arriba atravesando el diafragma estiloideo, en posición medial respecto al músculo digástrico. Penetra en la glándula parótida por su cara posterior y la separa en dos lóbulos con su división arborescente de ramos terminales. El tronco del nervio facial adopta un trayecto ascendente a lo largo de unos 15 mm. En su recorrido, se le une la arteria estilomastoidea, rama de la arteria auricular posterior en la mayoría de los casos, o a veces de la occipital. En el borde posterior del ramo mandibular, el tronco del nervio facial se divide en ángulo recto en dos ramos terminales, superior temporofacial e inferior cervicofacial. El ramo temporofacial es el más voluminoso y se distribuye en ramos temporales, frontales, cigomáticos y bucales superiores. En ocasiones, un ramo más voluminoso distribuye los filetes cigomáticos y bucales superiores: el ramo máximo de Fröhse. El ramo cervicofacial es más delgado. Desciende hacia el ángulo de la mandíbula y proporciona los ramos bucal inferior, mentoniano (marginal de la mandíbula) y cervicales.

Músculos de la mímica facial (Fig. 2)

Son los efectores de la función motriz preponderante del nervio facial. Están finamente imbricados entre sí, formando una auténtica máscara facial cuya función es doble: esfinteriana y expresiva. Están íntimamente unidos a la fascia superficial cefálica, formando el sistema musculoaponeurótico superficial o SMAS.

Cada músculo de la mímica facial suele presentar una inserción fija ósea o aponeurótica y una inserción móvil cutánea.

La distribución global de los músculos de la mímica facial puede simplificarse esquemáticamente en tres bandas musculares que forman complejos elevadores y depresores: la banda bucal y las dos bandas palpebrales.

La banda bucal es impar y medial. Sus puntos fijos son la espina nasal anterior del maxilar al nivel superior y los modiolos comisurales lateralmente. El modiollo, o buje de rueda, es una zona de imbricación muscular que permite

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109183>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109183>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)