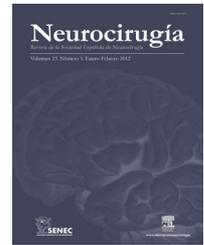


## NEUROCIRUGÍA

[www.elsevier.es/neurocirugia](http://www.elsevier.es/neurocirugia)


## Revisión

## Cirugía de la parálisis facial. Conceptos actuales

David Robla-Costales<sup>a</sup>, Javier Robla-Costales<sup>b,\*</sup>, Mariano Socolovsky<sup>c</sup>, Gilda di Masi<sup>c</sup>,  
Javier Fernández<sup>b</sup> y Álvaro Campero<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía Plástica, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

<sup>b</sup> Servicio de Neurocirugía, Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

<sup>c</sup> Hospital de Clínicas «José de San Martín», Buenos Aires, Argentina

<sup>d</sup> Servicio de Neurocirugía, Hospital Padilla, Tucumán, Argentina

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 4 de agosto de 2014

Aceptado el 2 de noviembre de 2014

On-line el xxx

Palabras clave:

Parálisis facial

Anastomosis hipogloso-facial

Transferencia nerviosa

Keywords:

Facial paralysis

Hypoglossal-facial anastomosis

Nerve transfer

## RESUMEN

La parálisis facial es una afección relativamente común que en la mayor parte de los casos se recuperan espontáneamente. Sin embargo, cada año se presentan 127.000 nuevos casos de parálisis faciales irreversibles. Esta patología produce consecuencias devastadoras estéticas, funcionales y psicológicas en los pacientes que la padecen. Se han descrito diversas técnicas reconstructivas al respecto, no existiendo consenso en cuanto a su utilización. Si bien los resultados que dichas técnicas ofrecen no son perfectos, muchos de ellos otorgan un muy buen resultado estético y funcional, favoreciendo la reinserción psicológica, social y laboral del paciente. El objetivo de este artículo es describir las indicaciones en las que se emplea cada técnica, sus resultados y el momento ideal en que cada una de ellas debe ser aplicada.

© 2014 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Facial paralysis surgery. Current concepts

## ABSTRACT

Facial palsy is a relatively common condition, from which most cases recover spontaneously. However, each year, there are 127,000 new cases of irreversible facial paralysis. This condition causes aesthetic, functional and psychologically devastating effects in the patients who suffer it. Various reconstructive techniques have been described, but there is no consensus regarding their indication. While these techniques provide results that are not perfect, many of them give a very good aesthetic and functional result, promoting the psychological, social and labour reintegration of these patients. The aim of this article is to describe the indications for which each technique is used, their results and the ideal time when each one should be applied.

© 2014 Sociedad Española de Neurocirugía. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [javierrobla@hotmail.com](mailto:javierrobla@hotmail.com) (J. Robla-Costales).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neucir.2014.11.002>

1130-1473/© 2014 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Introducción

La parálisis facial es una afección relativamente común que en la mayor parte de los casos se recupera espontáneamente. Sin embargo, cada año se presentan 127.000 nuevos casos de parálisis faciales irreversibles<sup>1,2</sup>. Esta patología produce consecuencias devastadoras en los pacientes que la padecen: estéticas, funcionales y psicológicas. Además de dificultades para la protección ocular, la deglución y la continencia oral, se produce un déficit de expresión de la mímica facial que interfiere en las relaciones sociales. En este momento se han descrito diversas técnicas reconstructivas al respecto, aunque no existe un consenso en el tratamiento a seguir a la hora de la reconstrucción. Si bien los resultados que dichas técnicas ofrecen no son perfectos, muchos de ellos otorgan un muy buen resultado estético y funcional, por lo cual favorecen la reinserción psicológica, social y laboral del paciente.

El objetivo de este artículo es describir las indicaciones en las que se emplea una u otra técnica, sus resultados habituales y el momento ideal en que cada una de ellas debe ser aplicada.

## Análisis de las diferentes técnicas de reanimación facial

### Neurorrafia directa facio-facial

Es el procedimiento de primera elección para reanimar la cara, ya que permite la recuperación funcional de la movilidad voluntaria e involuntaria facial. Dependiendo del sitio de la lesión, la neurorrafia puede ser efectuada en el ángulo pontocerebeloso, el peñasco temporal, o a nivel extracraneal intra o extraparotídeo. En ocasiones es necesario interponer un injerto autógeno de nervio entre los 2 cabos del nervio facial, con objeto de evitar tensión en el sitio de la sutura o puentear el defecto existente. Los resultados de la neurorrafia directa faciofacial son los mejores en comparación con las restantes técnicas. La corteza motora facial, destinada a movilizar los músculos de la mímica, se reconecta con ellos, lográndose un excelente resultado estético y funcional. Esto es así siempre y cuando el procedimiento de reparación sea efectuado en el mismo momento en que se genera la lesión (si fuera posible, en los casos de sección iatrogénica durante una cirugía) o, como máximo, pocos meses después (fig. 1).

En las series presentadas en la literatura los procedimientos de anastomosis facio-facial se llevan a cabo de 3 maneras diferentes; cuando no hay separación entre los cabos, se puede realizar una neurorrafia directa. Esta es la técnica que proporciona mejores resultados. Si el gap presente es pequeño, se puede intentar una movilización o *re-routing* del muñón proximal del nervio facial mediante fresado del hueso temporal<sup>3,4</sup>. Esto permite realizar una neurorrafia directa sin tensión al disminuir el recorrido del nervio. El tercer procedimiento, en casos de defectos nerviosos que no permitan la sutura directa sin tensión, es el injerto nervioso entre los 2 cabos seccionados.

Con todos estos procedimientos se puede restaurar una adecuada simetría y tono facial, siendo indistinguibles en estudios electroneurográficos con respecto al lado sano. Las

sinquinesias, es decir, la activación masiva de la mímica facial incontrolada con los movimientos faciales, es una secuela común en estos procedimientos. Son más frecuentes cuanto más proximal sea el lugar de sutura. Sin embargo, la incidencia y la intensidad de las mismas aumentan en los injertos nerviosos, pudiendo aparecer hasta 4 años tras la intervención y empañando parcialmente los buenos resultados obtenidos. Spector et al.<sup>5</sup> demostraron mediante estudios experimentales la arborización de los axones que atraviesan un injerto nervioso. El número total de axones es similar en el muñón proximal y dentro del injerto nervioso. El autor dividió los axones mielinizados en intrafasciculares, aquellos que seguían el recorrido de los fascículos preexistentes en el injerto nervioso, y extrafasciculares, que atravesaban tejido cicatricial, y que constituían los dos tercios de los axones totales. Estos últimos no llegaban en su mayor parte a reinervar el muñón distal. Los axones que atravesaban la segunda anastomosis estaban muy reducidos en número, y se arborizaban al entrar en el cabo nervioso. Esto podría ser la causa de los movimientos en masa y la mayor tasa de sinquinesias.

En resumen, siempre que sea posible se debe intentar realizar una reparación directa del nervio facial, y si fuera posible, mediante neurorrafia sin injerto (fig. 2).

### Anastomosis hipogloso-facial

La neurotización es el procedimiento de elección cuando no existe un cabo proximal del nervio, como ocurre por ejemplo en la cirugía de los tumores del ángulo pontocerebeloso en que se secciona accidentalmente el nervio facial a nivel de su origen.

La técnica más empleada en la literatura para la neurotización del nervio facial es la anastomosis hipogloso-facial. Involucra la sección del nervio hipogloso y la consecuente pérdida de fuerza en una hemilengua.

Se atribuye a Korte<sup>6</sup>, en 1904, la realización de la primera anastomosis hipogloso-facial en un paciente con petrositis. La técnica luego se popularizó en base a sus buenos resultados, constituyendo un método de neurotización ampliamente usado en la actualidad (fig. 3).

La rehabilitación y la reeducación deben realizarse desde el inicio, de preferencia delante de un espejo; al cabo de un tiempo es posible enseñar a las neuronas corticales que inervan la lengua a mover la musculatura facial de forma parcialmente independiente. No obstante, se logra una correcta oclusión palpebral y bucal, un restablecimiento de la simetría facial activa y en reposo, y el manejo voluntario de la musculatura de la hemicara. Mediante una correcta ejercitación en el período de rehabilitación se restablece el manejo consciente de los músculos mencionados, aunque es imposible recuperar los gestos involuntarios como los de las emociones, dado que estas son mediadas por el núcleo motor del nervio facial y no el del hipogloso.

Los resultados obtenidos con esta técnica publicados en la bibliografía muestran un 60-70% de buenos resultados<sup>1,2</sup>; el resto de pacientes presentarían resultados mediocres, por contracción muscular débil, o de fallos de la técnica. Estos últimos eran en particular pacientes con enfermedades oncológicamente avanzadas, con radioterapia postoperatoria en la zona de la anastomosis, o con un intervalo de tiempo desde

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3071344>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3071344>

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