



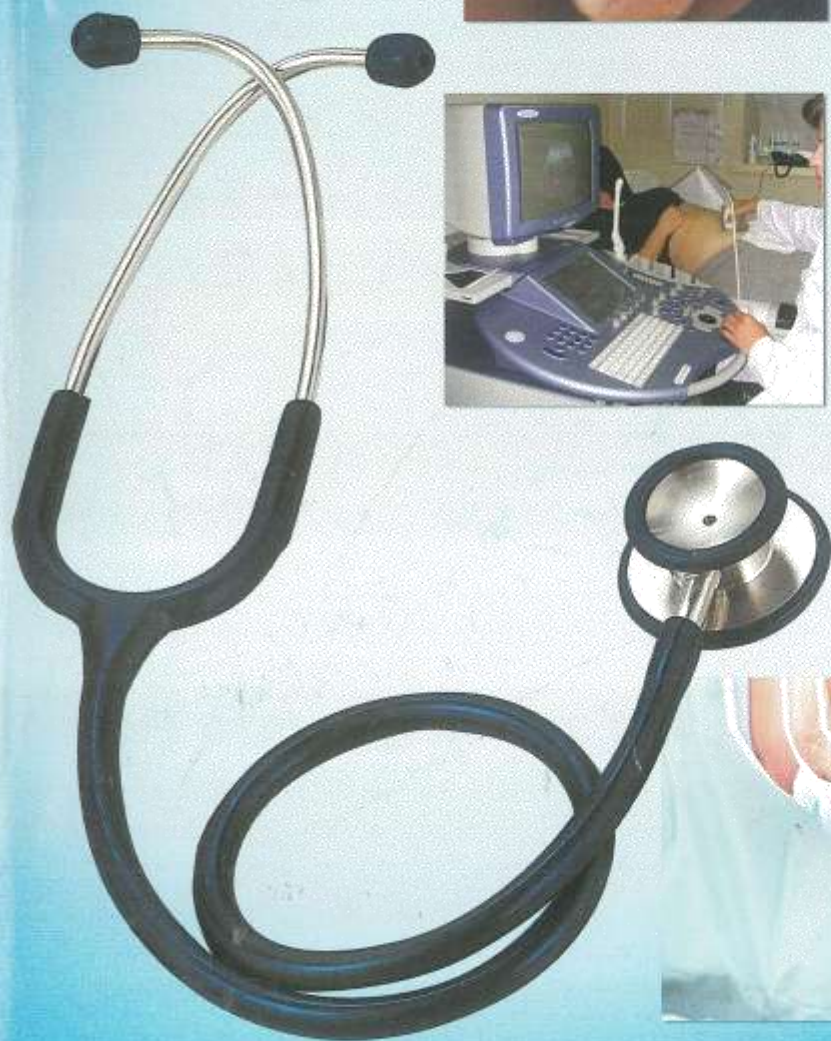
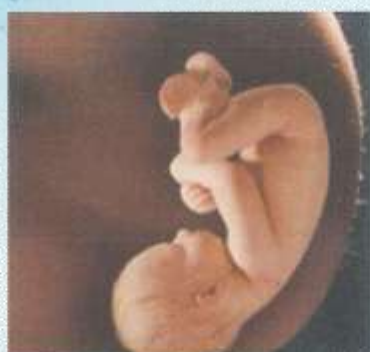
Perfil Médico

Volumen 10 - Nº 2 - Agosto del 2010

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN CIENTÍFICA DEL COLEGIO DE MÉDICOS DEL GUAYAS

AVAL DE LA FEDERACIÓN MÉDICA ECUATORIANA

SUSCRITO EN LATINDEX ISSN 1-390-385-3



Nuevo Tratamiento de la Parálisis Facial mediante Microcirugía con Neurorrafia Término-lateral.

Autores:

Dr. Walter Francisco Huaraca Huaraca MD.
Cirujano Plástico

Dr. Fausto Viterbo, MD, PhD.

Jefe de Pos-grado de Cirugía Plástica y Microcirugía de la Universidad Estatal Paulista de Botucatu- Brasil.

3.- Dra. Jacqueline Freire Freire.

Residente de la Clínica Kennedy Samborondón.

RESUMEN

La parálisis facial es un trastorno desfigurante con importantes repercusiones psicológicas emocionales y familiares, llevando a estos pacientes al borde del suicidio; es una combinación compleja de degeneración axonal y muscular. En la actualidad con los avances tecnológicos, los mejores resultados se consiguen en combinación con la microcirugía mediante el injerto de nervios facial (Cross Face Nerv Graft) lográndose una sonrisa armoniosa y simétrica en su facie. Cabe destacar que el tratamiento Microquirúrgico de esta patología anteriormente se realizaban en Estados Unidos, Francia, Brasil, Taiwán, Japón y desde hoy disponible en Ecuador.

PALABRAS CLAVES

Parálisis facial, Parálisis de Bell, Neurorrafia término-lateral, Colgajos libres microquirúrgicos.

SUMMARY

Facial paralysis is a disfiguring disorder with significant emotional and psychological impact families, taking patients to the brink of suicide. It is a complex combination of axonal and muscle degeneration. In today's technological advances, the best results are achieved in combination with microsurgery by facial nerve graft (Cross Face Nerv Graft) achieving a harmonious and symmetrical smile on their admissibility. Noteworthy that the microsurgical treatment of this disease were previously done in the United States, France, Brazil, Taiwan, Japan and now available in Ecuador.

KEYWORDS

Palcy face, Bell's palcy, End-to-side Neurorrhaphy, Microsurgical free flap.

HISTORIA

Esta patología fue descubierta por Charles Bell en 1821, denominándose como síndrome de Bell. Actualmente según los estudios realizado por Murakami, Ko JY, Sheen TS, Hsu MM y otros autores 1-2 se llegó a la conclusión que el agente causal de esta patología es el virus Herpes simple y Herpes Zóster en el 79% de los casos estudiados en 1996-2000; otras causas corresponden a tumores del nervio facial y/o glándula parótida, traumáticas, congénitas (síndrome de Moebius), infecciones, fracturas de la base del cráneo entre otras. Tiene una incidencia de 20-30 casos por 100 mil habitantes, es más común en mujeres de 10-20 años y en varones mayores de 40 años.

El cuadro clínico tiene un inicio súbito y progresivo durante los primeros 14 días con dolor pre y/o pos-auricular, hipostesia en la hemi-cara comprometida, el 10% de los casos es bilateral, en un 60-80% de los casos tiene una recuperación completa y el 7% es recurrente. 7-8-9-10

MATERIALES Y MÉTODOS

Este trabajo se realizó en el Hospital las Clínicas de la Universidad Estatal Paulista de Botucatu-Brasil (UNESP) y en la clínica de Cirugía Plástica, Estética y Microcirugía Dr. Fausto Viterbo, desde junio del 2008 - marzo 2010, siendo operados 45 pacientes con parálisis facial completas.

El tratamiento esta encaminado a los pacientes con parálisis facial que no presentaron signos de regresión espontánea de los movimientos faciales (antes de los 4 meses) y en quienes presentaron secuelas permanentes (borramiento de las líneas de expresión en la región frontal, lagofthalmos, tosis de la comisura bucal).

Todos los pacientes fueron operados con la técnica de Viterbo "colgajo temporal ortodrómico + Cross Face Nerv

Graf" mediante neurorrafia termino-lateral sin remover el epineuro del nervio donante, esta técnica inédita fue creada por Viterbo en 1992.3-4-5-6 la cual no lesiona los ramos del nervio facial; siendo una técnica distinta a las ya publicadas por Scaramella- Smith; Fisch ; Anderl; caracterizadas por neurorrafia termino-terminal. 7-8-9-10-11-12-13. Gráficos 1-2

TRATAMIENTO CLÍNICO

El uso de corticoesteroides para disminuir el edema del nervio facial.

Los retrovirales para disminuir las cargas virales del herpes simple-zoster. Colirios y pomadas oftálmicas para mantener lubricado el ojo evitando que se formen úlceras en la cornea y lo mas importante pérdida del ojo.

Fisioterapia mas electroestimulación para mantener el trofismo muscular facial. 2-14-15.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Esta dirigido a quiénes, no presentan mejoría durante los primeros 3 meses y en quiénes presentan secuelas de la parálisis facial de varios años de evolución, éste tratamiento consta de una parte estática y otra dinámica. Gráficos: 2-3-4-5

TRATAMIENTO ESTÁTICO

Consiste en realizar transposición del tendón del músculo temporal (Técnica de Breidahl & cols 1996),13 modificada por Viterbo al no fracturar el arco zigomático y transponer con el injerto de fascia lata por debajo del arco zigomático hacia el músculo orbicular de los labios, traccionando y reposicionando el canto lateral de la boca, esta técnica denominada como colgajo temporal ortodrómico + Cross Face Nerv Graf con neurorrafia término-lateral. 17-18-19-20- 21-22. Gráficos: 2-3-4-5

Resultados

El resultado de esta técnica (Viterbo) por su eficacia es considerada entre los 3 mejores resultados de Parálisis facial del mundo, junto a la técnica

Nuevo Tratamiento de la Parálisis Facial mediante Microcirugía con Neurorrafia Término-lateral.

de la Babysistter de la Dra. Julia Terzis (U.S.A.), técnica de Mioplastia y alargamiento temporal del Dr. Daniel Labbé (Francia).

El tratamiento de esta patología es individual y esta dirigido de acuerdo a las alteraciones que se presenten en cada caso.

Todos los pacientes fueron operados mediante la técnica de Colgajo Temporal Ortodrómico + Cross Face Nerv Graf, Obteniéndose resultados interesantes.

En estos pacientes, se realizó seguimiento semanal durante 1 mes, posteriormente a los 3 meses, 6 meses, 1 año.

Todos los pacientes estaban satisfechos con los resultados obtenidos (simetría en su facie).

Estos pacientes presentaron hipoestesia en la región posterior de la pierna área donante (nervio sural) durante 6 meses. Otro pequeño grupo de pacientes referían hiperestesia luego de los 6 meses llegando casi a la normalidad a partir del año de la cirugía, nosotros creemos que esto sucede debido al crecimiento de axones desde los ramos colaterales.

Una alimentación blanda en el postquirúrgico es muy importante, se debe evitar alimentos ácidos durante 3 semanas con el propósito de evitar la formación de fístula en la glándula parótida.

Es indispensable contar con la ayuda de un Fonoaudiólogo, especialista que se encarga de hacer el seguimiento de los pacientes en el pos-quirúrgico a partir de los 3 meses; su labor consiste en orientar el entrenamiento y coordinación de los movimientos faciales para conseguir su simetría, estos ejercicios deben extenderse durante 6 meses-1 año.

PRONÓSTICO

Es bueno en pacientes que presenten inicio de recuperación de los movimientos faciales entre 10-21 días con ausencia de enfermedades asociadas como: diabetes, y en quienes se realiza un tratamiento quirúrgico precoz (4to

mes de instaurada la enfermedad).

DISCUSIÓN

Este tratamiento solamente lo pueden realizar el cirujano plástico con amplia experiencia y entrenamiento en microcirugía.

Las cirugías se realizan con 2 equipos quirúrgicos: es decir mientras el equipo A, realiza el tratamiento estático y la disección del nervio facial con la ayuda obligatoria de lupas o microscopio, el equipo B, extrae un segmento de fascia lata + el nervio sural, esto nos permite reducir el tiempo quirúrgico aproximadamente a 3 horas.

En parálisis faciales completas, donde se tiene que realizar procedimientos complementarios como: cantopexia, tarso-plastia + colocación de peso de oro, neurotomía en bloque de los ramos temporales, esto se agrega a 4 horas 30 minutos.

Los resultados definitivos en este tipo de pacientes se obtienen de 8 meses -1 año 6 meses.

RECOMENDACIONES

En nuestra experiencia recomendamos realizar la intervención quirúrgica a los 4 meses en pacientes que no presentan signos de regresión espontánea, el objetivo es evitar la atrofia muscular facial.

CONCLUSIONES

El uso de la Microcirugía en este tipo de cirugías proporciona sin lugar a duda los mejores resultados.

Esta técnica es eficiente y permite obtener buenos resultados

El tratamiento combinado (estático-dinámico) permite obtener una sonrisa armoniosa, simétrica y lo más importante permite al paciente reincorporarse a la sociedad y sus actividades cotidianas. Foto: 2-3-4-5

Todos los procedimientos quirúrgicos destinados a corregir las secuelas de la parálisis facial se pueden realizar en un solo tiempo quirúrgico.

Los avances fundamentales del tratamiento se han conseguido por la

asociación de un mejor conocimiento y rehabilitación del sistema neuromuscular.

Otra opción de tratamiento de la parálisis facial es mediante el uso de colgajos libres microquirúrgicos, el músculo más usado es el colgajo miocutáneo gracilis, su indicación es en casos de atrofia severa facial. Las desventajas son el conocimiento anatómico exacto del pedículo vascular del área donante y receptora, mas el aumento del tiempo quirúrgico, aproximadamente a 6-8 horas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Murakami S, Mizobuchi M, Bell palsy and herpes virus: Identification of viral DNA in endoneurial fluid muscle. *Ann Intewrn Med.* 1996 jan 1;124(1Pt1):27-30.
- 2.- Ko JY, Sheen TS, Hsu MM, Herpes zoster oticus treated with acyclovir and prednisolone: clinical manifestations and analysis of prognostic factors. *Clin Otolaryngol* 2000 Apr 25:139-42
- 3.- Viterbo F. Neurorrafia látero-terminal, estudo experimental no rato. *Botucatu*, 1992. p.198. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista.
- 4.- Viterbo F, Trindade JC, Hoshino K, Mazzoni A. Latero-terminal neurorraphy without removal of the epineural sheath. *Experimental study in rats. Rev Paul Med* 1992; 110: 267-275.
- 5.- Viterbo F, Trindade JC, Hoshino K, Mazzoni A. Two end-to-side neurorraphies and nerve graft with removal of the epineural sheath: experimental study in rats. *Brit J Plast Surg* 1994; 47: 75-80.
- 6.- Viterbo F, Trindade JC, Hoshino K, Mazzoni A. End-to-side neurorraphies and nerve graft with removal of the epineural sheath: an experimental study in rats. *Plast Reconstr Surg* 1994; 94: 1038-1047.
- 7.- Jhon Conley M.D. The treatment of long-standing facial paralysis: 78:384, 1974.
- 8.- Daniel Baker, M.D. Facial Paralysis. *Clin Plast Surg.* 6:3, 1979.

Nuevo Tratamiento de la Parálisis Facial mediante Microcirugía con Neurorrafia Término-lateral.

9.- Converse , McCarthy, Plastic Surgery, Volume 3 , The face , 2239-2319.
 10.- May M : Facial paralysis , peripheral type: A proposed method of reporting. Laryngoscope. 80:331, 1970.
 11.- Gilles HD. Experience Whit fascia latae graft in the operative treatment . 1934. 27; 1372: 80.
 12. McLaughlin, C.R. Surgical Support in Permant Facial Paralysis. Plast Reconstr Surg 11: 302, 1953.
 13- Breidahl, A.F, Morrison, W.A., Donato, R.R., Riccio, M., Theile, D.R. A modified surgical technique for temporalis transfer. Br J Plast Surg 49: 46-51,1996.
 14- Brach JS, Van Swearingen JM Physical therapy for facial paralysis: a tailored treatment approach. Phys Ther 1999 Apr 79:397-404.
 15.- Peitersen E. Natural history of Bell's

palsy. In: Graham, M.D., House, W.F. (eds.) Disorders of facial nerve. New York: Raven Press 1982; 307-312.
 16.- Viterbo, F. A new method for treatment of facial palsy: The cross-face nerve transplantaion with end-to-side neurorrhaphy. (Abstracts) Plastic and Reconstructive Surgery 98 (1): 189, 1996.
 17- Viterbo F. Novo método para o tratamento da Paralisia facial: o "cross-face nerve" com neurorrafia término-lateral. Rev Soc Bras Cir Plast Est Reconst 1993; 8: 36-38.
 18- Viterbo, F. "Transposição ortodrômica de músculo temporal para o tratamento da paralisia facial. Contribuição para melhor resultado estético", apresentado como tema livre no XXXVI Congresso Brasileiro de Cirurgia Plástica. Rio de Janeiro, 16 de novembro de 1999.

19.- Viterbo, F. & Faleiros, H.R.P. Orthodromic transposition of the muscle for facial paralysis: made easy and better. J. Craniofacial Surg. 2005 Mar; 16(2):306-9.
 20.- Viterbo Fausto, Novo método para o tratamento da paralisia facial: o Cross- Face nerve con Neurorrafia término-lateral . Rev Soc Bras Cir Plast Est Reconst 1993; 36-38.
 21.- Viterbo Fausto, Síndrome de Moebius, Cirugía Plástica de Mélega , pag 539-543.
 22- Viterbo Fausto. Secondary, Procedures in facial Reanimation, Grotting James. Aesthetic & Reconstructive Plastic Surgery 2007.



Gráfico 1: Técnica Scaramella-Smith realiza corte del tronco del nervio facial mas neurorrafia término-terminal con injerto de nervio sural desde el lado sano hacia el lado lesionado.



Gráfico 2: Técnica de Viterbo en 1992 conserva intacto el troco y/o ramos del nervio facial mediante la neurorrafia término-lateral con injerto del nervio sural desde el lado sano hacia el lado lesionado.



Foto 1: Paciente de 50 años con parálisis facial completa en el lado izquierdo de 5 años de evolución.



Gráfico 3: Tratamiento estático, técnica de transposición del musculo temporal + fascia lata presentando reposición del canto lateral de la boca.



Gráfico 4: Tratamiento dinámico: consiste en realizar neurorrafia término-lateral desde el ramo bucal sano hacia el ramo bucal lesionado, usando injerto de nervio sural.



Foto 2: Pos-quirúrgico de 1 año 7 meses con técnica de Viterbo presentando un aspecto facial simétrico.



Foto 3: Paciente con parálisis facial nótese en la región frontal izquierda borramiento de líneas de expresión, la incapacidad para cerrar los ojos y la comisura bucal izquierda tosca.



Foto 4: Pos-quirúrgico de 1 año 7 meses observándose cierre normal del parpado izquierdo y la comisura bucal en posición simétrica.



Gráfico 5: Técnica de Viterbo, transposición del musculo temporal con fascia lata + cross face nerv graf.