

Protocolo para el manejo oftalmológico de la parálisis facial

P. Carnota
F. Mascaró Zamora
S. Muñoz Quiñones
X. Graell
L. Castillo

Hospital Universitario
de Bellvitge

Correspondencia:
Pablo Carnota Méndez
Servicio de Oftalmología
Hospital Universitario
de Bellvitge
Feixa Llarga, s/n
08907 L'Hospitalet
de Llobregat

Resumen

Objetivo: Consensuar un protocolo de actuación para el manejo de las complicaciones oftalmológicas de la parálisis facial (PF) con la finalidad de determinar el tiempo de espera más adecuado para realizar cirugía definitiva, y establecer la eficacia de los diferentes procedimientos quirúrgicos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las diversas estrategias terapéuticas aplicadas a los pacientes con parálisis facial remitidos al servicio de Oftalmología (Unidad de Órbita y Oculoplástica) del Hospital Universitario de Bellvitge desde 1995 hasta 2004. En el seguimiento se ha valorado la eficacia subjetiva y objetiva de dichas estrategias. También se ha estudiado el intervalo de tiempo sin aplicar medidas definitivas en espera de una posible recuperación.

Resultados: Existen dos grupos de pacientes con parálisis facial, la de causa potencialmente recuperable y menos de 6 meses de evolución, y la de causa no recuperable y/o de más de 6 meses de evolución.

En los pacientes del primer grupo se aplican medidas terapéuticas médicas o quirúrgicas no definitivas, reversibles, en espera de la resolución de la parálisis. La mayor o menor agresividad de estas medidas vendrá dada por la sintomatología del paciente y por la presencia de factores de mal pronóstico de recuperación de la parálisis. En los pacientes del segundo grupo las posibilidades de recuperación son mínimas y por ello se aplican medidas correctoras quirúrgicas de carácter definitivo.

Conclusiones: El tratamiento de los pacientes con PF de causa potencialmente recuperable y menos de 6 meses de evolución debe ser conservador y no necesariamente quirúrgico. En contraposición, el de los pacientes con PF de causa no recuperable y/o de más de 6 meses de evolución es siempre quirúrgico.

Resum

Objectiu: Consensuar un protocol d'actuació per l'arranjament de les complicacions oftalmològiques de la paràlisi facial (PF) per tal de determinar el temps d'espera més escaient per a efectuar un tractament quirúrgic definitiu, i establir l'eficàcia dels diferents procediments quirúrgics.

Material i mètodes: Estudi retrospectiu de les diferents estratègies terapèutiques emprades amb els pacients afectes de paràlisi facial visitats pel servei d'Oftalmologia (Unitat d'Òrbita i Oculoplàstica) de l'Hospital Universitari de Bellvitge des de 1995 a 2004. El seguiment ha estudiat l'eficàcia objectiva i subjectiva dels procediments. Igualment s'ha estudiat l'interval de temps sense aplicar mesures definitives, tot esperant la possible recuperació de la paràlisi.

Resultats: Hi han dos tipus de pacients amb paràlisi facial: la de causa potencialment recuperable i de menys de 6 mesos d'evolució; i la de causa no recuperable i/o més de 6 mesos d'evolució.

Els pacients del primer grup es beneficiaran de mesures mèdiques o quirúrgiques no definitives o reversibles, en espera de la resolució de la paràlisi. L'absència de signes de mal pronòstic per a la recuperació i la simptomatologia del pacient condicionaran la major o menor agressivitat de les esmentades mesures. Els pacients del segon grup tenen baixa probabilitat de recuperació espontània, per tant són tributaris a ser tractats amb tècniques correctores de tipus quirúrgic.

Conclusions: El tractament dels pacients amb PF de causa potencialment recuperable i menys de 6 mesos d'evolució ha de ser conservador i no necessàriament quirúrgic. En contraposició, el tractament dels pacients amb PF de causa no recuperable i/o més de 6 mesos d'evolució és sempre quirúrgic.

Summary

Objective: To establish the guidelines for management of ophthalmologic complications of facial palsy in order to determine the waiting time before performing a definite surgery and efficiency of surgical procedures.

Material and methods: Retrospective study of therapeutic strategies applied to patients diagnosed of facial palsy referred to Orbit and Oculoplastic Unit of Bellvitge University Hospital from 1995 to 2004. Two parameters have been studied during the follow-up, the effectiveness of such strategies, and the appropriate deferral time waiting for a palsy recovery before applying definite procedure.

Results: There are two main groups of patients with facial palsy, those with a potentially recoverable etiology and less than 6 months of evolution, and the group with a non-recoverable etiology and / or more than 6 months of evolution.

Patients from the first group will receive non-definite, reversible whether medical or surgical treatments while waiting for the recovery. Depending on the symptoms and bad prognosis factors different procedures will be performed. On the other hand, patients from the second group whose likelihood of recovery is minimal definite surgical treatments will be applied.

Conclusions: Treatment of recoverable facial palsy lasting less than 6 months of evolution must be non-definite and not necessarily surgical. Non-recoverable cases and those lasting more than 6 months should correct sequelae surgically.

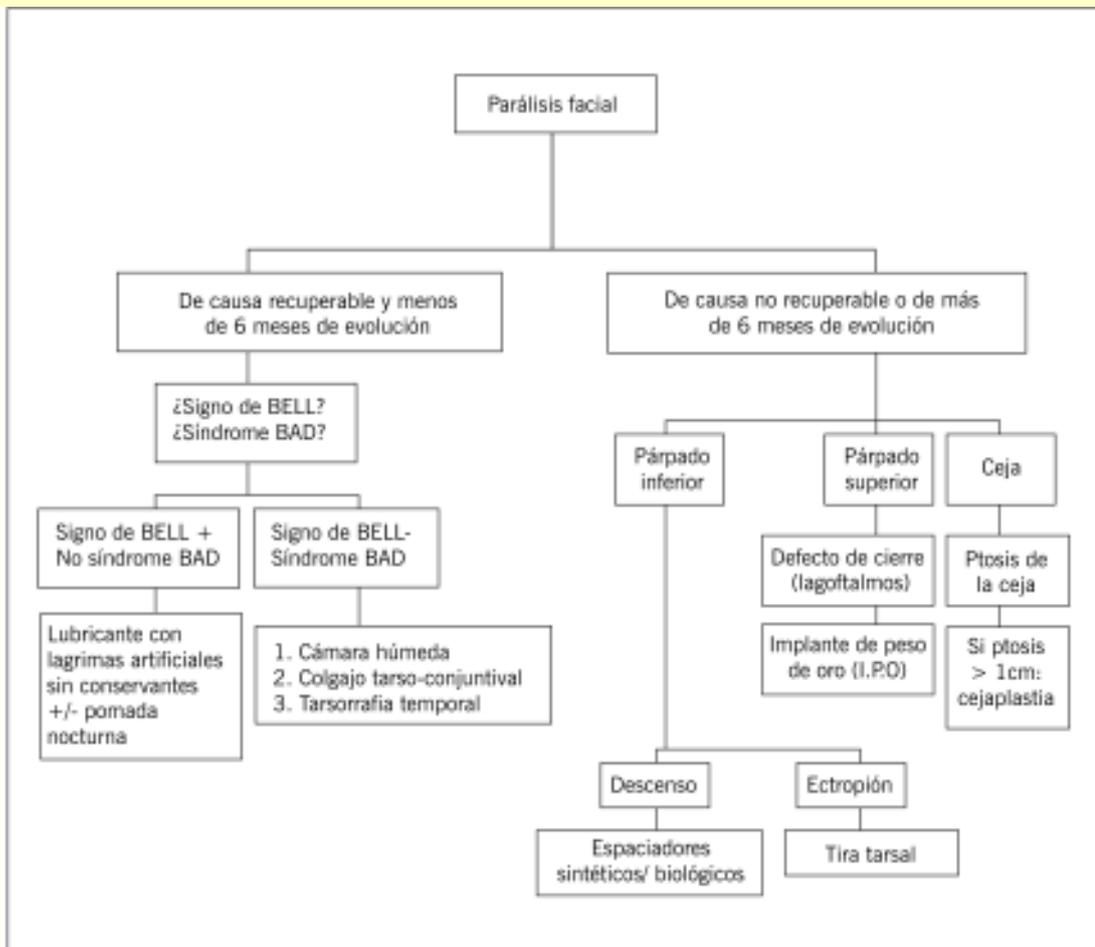


Figura 1. Protocolo de actuación para las complicaciones oftalmológicas de la parálisis facial. Síndrome BAD: BUT disminuido, anestesia corneal e hipoacusia / sordera (deafness en inglés)

Introducción

La parálisis facial (PF) es una patología frecuente, cuyo manejo es de carácter multidisciplinar e intervienen especialistas en ORL, oftalmología, rehabilitación y cirugía plástica. En el área oftalmológica, la PF provoca diversas alteraciones anatómicas y funcionales que deben ser corregidas. El objetivo de un protocolo es aplicar la técnica quirúrgica más adecuada y en el momento apropiado en cada caso para la obtención de los mejores resultados funcionales y estéticos.

Protocolo

Las opciones terapéuticas que se utilizan para cada grupo de pacientes están resumidas en la Figura 1.

A continuación se desarrollan las diferentes estrategias.

De manera sistemática se debe establecer la fecha de instauración de la parálisis facial y la causa (espontánea, postquirúrgica, etc.), clasificando así a los pacientes en 2 grupos:

- *Pacientes con PF de reciente aparición (<6 meses) cuya causa es potencialmente reversible.* Se considera que los primeros 6 meses es el periodo de recuperación total o parcial de la parálisis; más allá de este tiempo no suele producirse ningún tipo de mejora. La parálisis facial de Bell o idiopática^{1,2}, es la más frecuente de todas; también se incluyen en este grupo las PF tratadas con reparación quirúrgica anastomótica, los traumatismos locales que producen una contusión sin sección del nervio y el síndrome de Melkersson-Rosenthal.

Figuras 2 y 3.
Signo de Bell: cuando el paciente intenta cerrar los ojos se estimula el recto superior, llevando el globo ocular hacia arriba y evitando la exposición corneal. Queratitis por exposición.



Figura 4.
Cámara húmeda



- *Pacientes con PF de más de 6 meses de evolución y/o cuya causa no es potencialmente reversible.* En este grupo se incluyen las etiologías traumática, infecciosa, tumoral y yatrogénica post-quirúrgica, principalmente por neurinoma del acústico.

En los pacientes del primer grupo la actuación se basa en el tratamiento de la queratopatía por exposición, aplicando medidas no definitivas mientras se espera la recuperación de la PF. En función de la presencia o ausencia de dos signos clínicos (Bell y BAD) se indicará un tratamiento conservador o agresivo.

- *Signo de Bell* (Figuras 2 y 3). Este signo es indicador de buen pronóstico ya que la córnea no quedará expuesta cuando el paciente intente cerrar los ojos. La falta de signo de Bell aumenta el riesgo de queratopatía por exposición.
- *Síndrome BAD*: tríada resumida de forma nemotécnica en el acrónimo *BAD*:
 - *BUT disminuido (B)* por la afectación del nervio petroso superficial mayor, una rama del VII par que inerva las glándulas lagrimales, y se traduce en el aumento del riesgo de queratopatía por exposición.
 - *Anestesia corneal (A)*: indica lesión de la primera rama del V par y provoca, por un lado, una queratopatía neurotrófica y, por otro, que el paciente no perciba la sequedad en el ojo y por tanto su frecuencia de parpadeo disminuya, con lo que también aumenta el riesgo de desarrollar queratopatía por exposición.
 - *Sordera (deafness, D)*: por afectación del VIII par.

Además de la queratopatía por exposición y la queratopatía neurotrófica, la afectación del nervio petroso superficial mayor (que indica lesión del VII par antes de su salida por el agujero estilomastoideo); la lesión conjunta del V par y del VIII par sugieren que la causa de la parálisis es un tumor (generalmente un neurinoma del acústico) o una secuela post-quirúrgica a nivel del ángulo ponto-bulbo-cerebeloso, con lo cual el pronóstico de recuperación es pésimo, lo que convierte al paciente en candidato a recibir medidas terapéuticas definitivas.

Los pacientes con signo de Bell y sin síndrome BAD presentan bajo riesgo de desarrollar queratopatía por exposición, por tanto el tratamiento lubricante con lágrimas artificiales sin conservantes +/- pomada nocturna suele ser suficiente.

En los pacientes sin signo de Bell o con alguno de los componentes del síndrome BAD se deben realizar tratamientos más agresivos:

- *Cámara húmeda* (Figura 4): consiste en colocar una cubierta de celofán o de plástico transparente sobre un ojo lubricado. En función la gra-



Figura 5.
Colgajo
tarso-conjuntival lateral

Figura 6.
Colgajo
tarso-conjuntival medial

Figuras 7 y 8.
Tarsorrafia temporal



vedad de la queratopatía se indica de noche o durante las 24 horas del día. Se desaconseja la oclusión ocular pues el ojo puede entreabrirse durante el sueño con el riesgo de erosión corneal por el propio ocluidor debido al defecto de cierre y a la retracción del párpado superior secundaria a la parálisis facial.

- *Colgajo tarso-conjuntival* (Figura 5 y 6): consiste en crear un colgajo de tarso y conjuntiva del párpado superior y unirlo al fondo de saco conjuntival inferior mediante una sutura transfixiante. Habitualmente se realiza el colgajo sobre el limbo lateral (Figura 5) y solamente cuando esto no sea suficiente para lubricar la córnea puede asociarse un colgajo medial (Figura 6). Es la intervención quirúrgica de primera elección ante un paciente con síndrome BAD por tratarse de un procedimiento reversible que no deja deformidad residual.

Como desventaja debe ser mencionado el riesgo de fracaso en las primeras semanas y se desaconseja en pacientes poco colaboradores o en casos con parálisis motoras oculares asociadas.

- *Tarsorrafia temporal* (Figura 7 y 8): consiste en suturar los bordes libres de los párpados superior e inferior con un nudo en U, creando un cierre de varios milímetros. Se considera un procedimiento de segunda elección porque al reabrirlo puede dejar deformidad en el margen palpebral o triquisis residual, sin embargo es muy útil en los casos en que hay oftalmoplejía acompañante.

Los pacientes del segundo grupo presentan alteraciones funcionales y anatómicas irreversibles, por lo que las medidas que se apliquen también deberán serlo. Dichas alteraciones y sus respectivas técnicas correctoras son las siguientes:

Figura 9.
Ectropión paralítico



Figura 10.
Peso de oro de 1,6 g



Figura 11.
Peso de oro de 1,6 g



Figuras 12 y 13.
Implante de peso de oro en el párpado superior. Por acción de la gravedad el párpado superior consigue cerrar el ojo persistiendo un mínimo lagofthalmos residual



Figura 14.
Ptosis de la ceja



- *Ectropión paralítico* (Figura 9). El procedimiento de elección es la *tira tarsal* o *cantopexia*. La técnica es la misma que para el ectropión involutivo o senil, aunque en el caso del ectropión paralítico suelen ser necesarias una mayor tensión y una inserción cantal más alta en el reborde orbitario.
- *Descenso del párpado inferior*. Cuando coexiste con ectropión, la técnica de primera elección es la tira tarsal. Si con esto no es suficiente o no existe ectropión se puede implantar un *espaciador* entre el tarso del párpado inferior y el reborde orbitario. Existen 2 tipos de espaciadores:
 - *Sintéticos (Medpor)*. Se obtiene resultados más eficientes, con un ascenso del párpado inferior superior a 3mm. Sin embargo existe el riesgo de exposición del implante y el de un resultado estético no satisfactorio.
 - *Biológicos*. El más utilizado es el implante de cartílago auricular, ya que es de fácil manejo y no tiene riesgo de exposición al proceder del propio paciente. Los inconvenientes son que no consigue ascensos del párpado inferior mayores de 3 mm y cierta incomodidad del paciente en el postoperatorio inmediato, más adelante se reabsorbe parcialmente. El implante de paladar duro tampoco tiene riesgo de exposición pero la técnica quirúrgica para su obtención es compleja.
- *Defecto de cierre del párpado superior o lagoftalmos* (Figuras 10, 11, 12 y 13). Los pacientes con PF que no son capaces de cerrar por completo el ojo son subsidiarios de un *implante de peso de oro* en el párpado superior. Existen implantes de oro de diferentes pesos y formas, los más utilizados por nuestro equipo son los pesos de 1.6 gramos (Figura 10 y 11), con los que conseguimos un descenso medio de 3.5 mm y una ptosis residual media de 1 mm (Figura 12 y 13). Estos resultados se obtienen colocando el peso de oro a nivel antero-superior respecto al tarso y no totalmente

anterior al mismo como se realiza de forma clásica. Las complicaciones más frecuentes, la infección y la exposición, tienen una incidencia muy baja.

- *Ptosis de la ceja* (Figura 14). La pérdida de tono del músculo frontal produce un descenso de la ceja que puede interferir en la visión si es muy pronunciado. Sin embargo, en ocasiones contribuye al cierre palpebral y su efecto es beneficioso. Debido a esto, sólo cuando la ptosis de la ceja es mayor de 1 cm se realiza una *ceja-plastia*, que consiste en la resección de una elipse de piel y del músculo orbicular y frontal por encima de la ceja con sutura de la capa muscular al periostio subyacente. La corrección quirúrgica de la ceja debe ser siempre el último estadio terapéutico en un paciente afecto de PF.

Bibliografía

1. Djajilian HR, Magaldi JA, Stuart ME, Strite SA. Bell's palsy. *New England Journal of Medicine* 2005;352(4): 416-8.
2. Harney M, McConn Walsh R. Treatment controversies in Bell's palsy. *Irish Medicine Journal* 2003;96 (7):197-8.

Bibliografía recomendada

- Nerad JA. Los requisitos en oftalmología. Cirugía oculoplástica (Edición en español). Madrid: Ed. Harcourt 2002.
- Guepratte N, Lebuissou DA. Ophthalmological treatment of facial palsy. *French Journal of Ophthalmology* 2001;24(6):677-8.
- Sherris DA, Murakami CS. Five things oculoplastic surgeons should know about facial plastic surgery. *Ophthalmologic Plastic Reconstruction Surgery* 1999;15(4):229-31.