

Capítulo 47

Reconstrucción de la parálisis facial

Teresa González Otero
Manuel Chamorro Pons
Javier González Lagunas
Álvaro García-Rozado González

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	659
1.1. Definición del problema	659
1.2. Gestión sanitaria del problema	659
1.3. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica	659
2. PREVENCIÓN	659
2.1. Factores etiológicos	659
2.2. Medidas preventivas	661
3. CLÍNICA.....	661
4. DIAGNÓSTICO.....	662
5. INDICADORES PRONÓSTICOS	663
6. MANEJO TERAPÉUTICO	663
6.1. Factores que afectan a la decisión terapéutica	663
6.2. Indicaciones para el tratamiento	663
6.3. Objetivos terapéuticos.....	664
6.4. Posibilidades terapéuticas	664
6.5. Manejo perioperatorio	667
7. RESULTADOS.....	667
7.1. Seguimiento	667
7.2. Resultados terapéuticos.....	667
8. INFORMACIÓN PARA PACIENTES	668
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	669

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición del problema

El nervio facial, VII par craneal, es el responsable de la expresión facial y su lesión produce uno de los cuadros clínicos más devastadores, con un impacto clínico y psicológico tremendo en la vida de los pacientes. El objetivo de la reconstrucción es conseguir simetría tanto en reposo como en movimiento, con una expresión facial lo más natural posible.

Además de una cara asimétrica y sin expresión, tienen gran trascendencia los problemas oftálmicos asociados a la desprotección del globo ocular por el lagofthalmos (falta de cierre del párpado superior y ectropion del párpado inferior): conjuntivitis, úlceras corneales, aumento de la sensibilidad del ojo, incluso disminución de la agudeza visual. Suele ser necesaria la oclusión nocturna del ojo con parches y el uso continuado de lágrimas artificiales y pomadas.

1.2. Gestión sanitaria del problema

El tratamiento de las parálisis faciales debe realizarse en centros de referencia con equipos multidisciplinares especializados que puedan ofrecer al paciente todas las opciones terapéuticas existentes, desde las más sencillas a las más complejas, pasando por el amplio abanico de técnicas complementarias y rehabilitación.

1.3. Objetivos de la Guía de Práctica Clínica

Establecer un protocolo de tratamiento en las parálisis faciales que permita a los cirujanos elegir la técnica o técnicas quirúrgicas más adecuadas en cada caso teniendo en cuenta factores como el tiempo transcurrido desde la parálisis, el grado de afectación de la motilidad facial, la edad y el estado del paciente, y sus expectativas de recuperación.

Ofrecer información a los pacientes acerca de los diversos procedimientos quirúrgicos existentes y lo que es posible obtener con cada uno de ellos. La opinión del paciente y sus expectativas son fundamentales en la elección de la opción terapéutica puesto que la rehabilitación de la cara paralizada no es una necesidad vital, pero sí puede ser de vital importancia en su vida social y afectiva.

2. PREVENCIÓN

2.1. Factores etiológicos

Existen múltiples causas y clasificaciones de parálisis facial.

Habitualmente se dividen en:

- Congénitas: Fórceps, Distrofia miotónica, Síndrome de Moebius...
- Traumáticas: Fractura de base de cráneo, Herida facial, Barotrauma...
- Neurológicas: S. Opercular, S. Millard-Gubler, Tétanos, S. Wernicke-Korsakoff, Pseudotumor cerebri...

- Infecciosas: Otitis externa, Otitis media, Mastoiditis, Herpes Zoster...
- Metabólicas: DM, Hiper/hipotiroidismo, Embarazo, HTA...
- Tumoraes: Neurinoma del facial, Neurinoma del acústico, paraganglioma yugular, hemangioma, leucemia...
- Tóxicas: talidomida, alcoholismo...
- Iatrogénicas: anestesia mandibular, cirugía parotídea, cirugía del hueso temporal, cirugía del ángulo pontocerebeloso, embolización...
- Idiopáticas: Parálisis de Bell, S. de Melkersson-Rosenthal, Neuropatía hereditaria hipertrófica, amiloidosis...

Las causas más frecuentes de parálisis facial son las siguientes:

- Parálisis de Bell. La parálisis facial idiopática o de Bell es la causa más frecuente de parálisis facial (65-85%). Se presenta como una parálisis de fisonomía periférica de inicio y evolución rápida (< 48 h). El diagnóstico es de exclusión. En este cuadro un 70-80% de los pacientes recupera la función facial en 3-6 semanas. En la actualidad se piensa que el herpes simple tipo I desempeña un papel fundamental en la etiología de la parálisis de Bell.
- El Síndrome de Ramsay Hunt consiste en la asociación de otalgia, lesiones variceliformes y parálisis facial periférica, y supone el 10-15% de todas las parálisis faciales. El virus causal es el Herpes Zoster. Las vesículas pueden aparecer en el pabellón auricular, el CAE o el paladar blando. Pueden afectarse otros pares craneales (VIII, V, IX, X) y ramas cervicales (C2, C3, C4).
- Varios tumores pueden ser origen de una parálisis facial. Algunos de ellos son: neurinoma del VIII par, paraganglioma yugular, leucemia, meningioma, hemangioma, neurinoma del nervio facial, etc. En general debe sospecharse un origen neoplásico cuando la parálisis aparece y se desarrolla de forma progresiva, no se recupera la función normal en 3-6 meses, se asocia espasmo facial, o se asocian lesiones de otros pares craneales. Igualmente, la presencia de una masa en el oído o la parótida, y la parálisis recurrente son sugestivas de una causa tumoral.
- El síndrome de Melkersson-Rosenthal consiste en parálisis facial unilateral, edema facial episódico o progresivo y lengua escrotal. Los episodios de parálisis facial aparecen típicamente en la infancia o adolescencia. La inflamación de los labios y la mucosa del paladar puede extenderse a las mejillas, párpados y la barbilla, llegando a ser desfigurante. La parálisis facial es idéntica a la de una parálisis de Bell, y aún siendo recidivante, la recuperación completa es habitual.

Centrándonos en las parálisis faciales con indicación quirúrgica, si bien la etiología comprende todas las posibilidades mencionadas, la mayor parte de los casos se deben a traumatismos y a lesiones iatrogénicas, siendo la cirugía de los tumores del ángulo pontocerebeloso y la cirugía parotídea las causas más frecuentes. No obstante, no debemos olvidar que los pocos casos de parálisis de Bell, Ramsay Hunt, etc. que evolucionan desfavorablemente pueden beneficiarse de determinadas técnicas reconstructivas.

2.2. Medidas preventivas

Las lesiones iatrogénicas del nervio facial, que pueden aparecer en la cirugía otológica, del ángulo pontocerebeloso y paratídea, pueden evitarse o minimizarse con un buen conocimiento de la anatomía del nervio, con una técnica quirúrgica cuidadosa y con el uso del monitor del facial.

3. CLÍNICA. NIVEL DE LA LESIÓN Y SU REPERCUSIÓN CLÍNICA

El VII par craneal es un nervio mixto (motor y sensitivo) cuya misión principal es la inervación de la musculatura voluntaria de la cara. El tronco del nervio facial se origina como tal en el núcleo facial en la región caudal de la protuberancia. Más superiormente, proyecciones corticales pasan a través de la cápsula interna y alcanzan el citado núcleo del nervio facial de forma homo y contralateral. El nervio facial abandona el tronco cerebral en compañía del nervio intermediario. En el ángulo pontocerebeloso, el nervio facial se une al VIII par y entran juntos en el meato auditivo interno. Seguidamente el nervio facial, recorre el peñasco. En su porción intrapetrosa, rodeado por el conducto de Falopio, se divide en 3 segmentos: laberíntico, timpánico y mastoideo, separados por 2 codos (1^{er} codo o ganglio geniculado y 2^o codo). A lo largo del hueso temporal da diferentes ramas: nervio petroso superficial mayor, que se encarga de la inervación de la glándula lagrimal; nervio para el músculo del estribo, responsable del reflejo estapedial; y la cuerda del tímpano, que provee el gusto en los dos tercios anteriores de la lengua. Finalmente sale del hueso temporal por el orificio estilomastoideo y termina dividiéndose en múltiples ramas motoras. De las inmediaciones del agujero estilomastoideo sale un ramo sensitivo para el conducto auditivo externo (CAE), que lleva ramas sensitivas que recogen la sensibilidad de la llamada zona de Ramsay Hunt, que comprende el CAE, la concha y parte del pabellón auricular.

La presentación clínica de la parálisis facial depende de la localización de la lesión.

- La parálisis facial central, causada por accidentes cerebrales vasculares o tumores situados por encima del nivel del núcleo del facial (en la protuberancia), se caracterizan por mantener la inervación del tercio superior de la cara, que cerebralmente tiene un patrón cruzado. Es frecuente que coexista afectación de otras estructuras corticales, pues es difícil una lesión central que afecte únicamente a la corteza implicada en la función motora facial. A diferencia de la parálisis facial periférica, sólo se ve afectado el territorio facial inferior. La función frontal estará mantenida y también la palpebral. Frecuentemente estos pacientes también conservan la expresión involuntaria de la cara.
- La parálisis facial periférica ocurre por lesión de las fibras motoras del VII par craneal en su recorrido desde el núcleo del facial en el tronco hasta la salida del nervio por el orificio estilomastoideo. En estos casos se afectan todos los músculos inervados por el nervio facial de la hemicara correspondiente, en grado variable según la intensidad de la lesión. La afectación del orbicular de los ojos ocasiona el característico fenómeno de Bell (exposición de la esclera por rotación del ojo al intentar la oclusión palpebral).

- Aunque existen diferencias clínicas de gran interés académico en función de la localización de la lesión en el trayecto intrapetroso del nervio (lesiones proximales o distales al ganglio geniculado, lesiones proximales o distales a la salida de la cuerda del tímpano...), en la práctica clínica carecen de valor localizador absoluto o pronóstico.
- Ya en el territorio extracraneal, el tronco del nervio facial se divide, de forma variable, en varias ramas principales.
 - La rama temporal del nervio facial inerva los músculos auriculares mayor y menor, la musculatura de la frente y la porción mayor del músculo orbicular de los párpados. La lesión selectiva de esta rama producirá asimetría en el movimiento y contracción de la frente y elevación de las cejas y disfunción palpebral.
 - La rama cigomática inerva los músculos cigomáticos mayor y menor, elevador del ala nasal, el canino y músculos de la base nasal, así como una porción menor del orbicular de los párpados.
 - La rama bucal inerva el músculo bucinador y el músculo orbicular de los labios.
 - La rama mandibular inerva el músculo triangularis, risorio, cuadrado inferior de los labios, mentales y porción menor del orbicular. Su lesión producirá una asimetría de la sonrisa con el lado afectado que permanece hacia arriba y rota internamente.

La interrupción del impulso nervioso a los músculos faciales desencadena una serie de reacciones patológicas. El primer hecho que se produce es una disminución progresiva en el tamaño de las fibras musculares que pueden reducirse a la mitad de tamaño en sólo 2 semanas de denervación, el tamaño de las fibras irá decreciendo progresivamente hasta aproximadamente los 120 días postdenervación, momento en el que parece estabilizarse y ralentizarse el proceso de atrofia. La hialinosis y degeneración total no es esperable hasta los 2-3 años. El dato interesante es conocer durante cuánto tiempo podrían ser las fibras musculares recuperables, y por tanto hasta qué momento estarían indicadas las técnicas quirúrgicas de reinervación. Actualmente parece existir un cierto consenso en intervenir antes de los 18 meses, para asegurarse que un importante número de placas motoras musculares responderán satisfactoriamente a la llegada de nuevos axones nerviosos. En cualquier caso se deberán realizar estudios electromiográficos seriados que nos informarán de la evolución de la parálisis y del estado de los músculos denervados, siendo el caso ideal para las técnicas de reinervación que seguidamente comentaremos, la aparición de potenciales de fibrilación estables en el tiempo, indicativos de denervación pero con vitalidad muscular todavía conservada.

4. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la parálisis facial es eminentemente clínico. En el primer contacto con el paciente con parálisis facial debemos establecer:

- La fisonomía central o periférica de la lesión, o la lesión selectiva de ramas extratemporales. En los casos de larga evolución que requieren cirugía son habituales el espasmo y las sincinesias.
- El grado de afectación de la función motora. Habitualmente se emplea la escala de House-Brackmann, que divide la parálisis facial en 6 grados siendo I función normal y VI parálisis completa. Habitualmente los casos que requieren cirugía son los más seve-

ros (V o VI), si bien casos más leves pueden beneficiarse a menudo de técnicas complementarias como las pesas de oro entre otras.

- La posible etiología. Aunque la causa más frecuente de parálisis facial es la parálisis de Bell, cuando la clínica o la evolución no sean típicas de este cuadro pueden ser necesarias pruebas de imagen como la TAC de peñascos o la RNM que nos permiten reconocer toda la trayectoria del nervio facial.

5. INDICADORES PRONÓSTICOS

- Tiempo transcurrido desde la parálisis
- Edad del paciente
- Grado de denervación
- Técnica quirúrgica empleada en la rehabilitación

6. MANEJO TERAPÉUTICO

6.1. Factores que afectan a la decisión terapéutica

Los factores que pueden condicionar la opción terapéutica son varios:

- Tipo de parálisis, parcial o total y el grado de afectación.
- Tipo de lesión: fallo en la generación del impulso o fallo de la transmisión (para ello es fundamental conocer lo más exactamente posible la etiología de la lesión).
- Afectación simultánea de otros pares craneales.
- Tiempo transcurrido desde la parálisis y grado de atrofia muscular. Las técnicas quirúrgicas que persiguen la reinervación sólo pueden ser empleadas cuando la musculatura es viable y por tanto receptiva a la llegada de nuevos axones. Ponemos el límite en 18 meses si bien no debe ser estricto y siempre debemos tener en cuenta tanto la clínica como los datos del electromiograma.
- Existencia de complicaciones oftalmológicas y severidad.
- Factores dependientes del paciente: edad, estado general, motivación y expectativas.

6.2. Indicaciones para el tratamiento

Establecemos tres grupos de tratamiento principales según el tipo de lesión en el nervio (fallo en la generación del impulso o fallo de la transmisión) y el tiempo transcurrido desde la lesión:

- Menos de 18 meses de evolución con impulso conservado. Se trata de daños y lesiones del tronco del nervio facial o de sus ramas principales después de su salida por el agujero estilomastoideo. Estas situaciones son producidas por traumatismos abiertos que seccionan o desgarran el nervio, cirugía de los tumores malignos de la parótida, etc. En este caso existe una interrupción al paso del estímulo que intentaremos solucionar quirúrgicamente mediante:
 - Sutura directa
 - Interposición de injerto si la sutura directa queda a tensión: nervio sural o auricular.

- Menos de 18 meses de evolución con fallo del impulso. La entidad más frecuente son las lesiones producidas como consecuencia de la evolución o extirpación de neurinomas del VIII par, u otros tipos de tumores o lesiones intracerebrales. En estos casos el impulso nervioso proximal no se generará a pesar de estar indemne todo el facial en su recorrido por el peñasco, así como el facial extracraneal y sus ramas. En estos casos y siempre que la musculatura facial sea viable tras confirmarlo mediante estudio electromiográfico, utilizaremos el impulso nervioso generado por otro par craneal y lo reconduciremos a través del nervio facial y sus ramas que permanecen intactas. Tenemos dos opciones:
 - Anastomosis XII-VII término-terminal o término-lateral sin sacrificio del XII PC.
 - Injerto cruzado del facial contralateral.
- Más de 18 meses con atrofia muscular establecida. Englobaría todas las parálisis faciales establecidas de larga evolución, independientemente de la etiología, es decir, de que hubiera existido o no fallo del impulso. Podemos optar por:
 - Transposición de músculo temporal, que puede utilizarse en la reconstrucción dinámica del cierre palpebral o de la sonrisa.
 - Injerto cruzado del VII PC con trasplante muscular microvascularizado, habitualmente gracilis, en un solo tiempo quirúrgico o en dos (separados por un periodo de regeneración nerviosa de aprox. 8-10 meses).

En todos los grupos podemos contar con las técnicas complementarias y siempre es fundamental la rehabilitación.

6.3. Objetivos terapéuticos

- Protección ocular. Para solucionar el lagofthalmos hay que actuar tanto sobre el párpado superior como sobre el inferior y a menudo sobre el canto.
- Sonrisa simétrica en reposo.
- Expresión dinámica lo más natural posible
- Reducir el número de sincinesias y espasmos

6.4. Posibilidades terapéuticas

SUTURA DIRECTA CON O SIN INTERPOSICIÓN DE INJERTO

- La tensión en el lugar de la anastomosis es un factor perturbador de primera magnitud para el recrecimiento de los axones. Por tanto, en caso de duda optaremos siempre por el injerto nervioso.
- El injerto nervioso se puede obtener del nervio auricular mayor o del sural. El auricular mayor es el ideal por estar en el mismo campo quirúrgico y puede ser bifurcado permitiendo la reconstrucción desde el tronco a dos ramas principales. Si el injerto que necesitamos es muy largo recurriremos al sural.
- La anastomosis será término-terminal con puntos epineurales.
- Los puntos deben ser los suficientes en número para impedir la salida de material axónico en forma de gelatina por los laterales de la anastomosis.

- Para la realización de un injerto nervioso se requiere, obviamente, un cabo nervioso proximal y otro distal. El cabo proximal generalmente es el tronco del nervio facial que suele ser accesible, y en cualquier caso siempre podremos encontrarlo en su localización intrapetrosa, lo que requerirá el fresado de su canal. Encontrar el cabo distal suele ser más problemático.
- En el caso de no encontrar un cabo distal adecuado donde anastomosar un injerto, sólo queda la técnica de neurotización, que consiste en enterrar el extremo del injerto en un pequeño bolsillo muscular para que, teóricamente, se produzcan uniones neuro-musculares, por supuesto con resultados totalmente impredecibles.
- Clásicamente se establece que siempre hay que intentar buscar y reparar ramas nerviosas hasta el límite establecido por la línea medio pupilar. Por delante de esta referencia, es prácticamente imposible encontrar una rama nerviosa apta para realizar una anastomosis.

ANASTOMOSIS HIPOGLOSO-FACIAL

- Se corta el hipogloso más allá de la rama descendente y se sube para anastomosarlo de forma término-terminal al cabo distal del facial.
- El sacrificio del hipogloso genera atrofia de la hemilengua correspondiente con algunas molestias para el paciente. Para evitar esta situación podemos reconstruirlo en el mismo acto quirúrgico con el asa descendente el mismo nervio, o realizar una anastomosis hipogloso-facial de forma término-lateral (sacando el facial de su trayecto intrapetroso y bajándolo hasta el hipogloso).

INJERTO NERVIOSO CRUZADO (CROSS-OVER) DESDE EL FACIAL DEL LADO SANO

- Obtención de un injerto nervioso largo (nervio sural) que deberá recorrer la cara del paciente de un lado al otro.
- Abordaje del nervio facial del lado sano, una de cuyas ramas no esenciales es seccionada y anastomosada al injerto nervioso.
- Paso del injerto por debajo de la piel y a través del labio superior hasta el lado enfermo donde se anastomosa al tronco del nervio facial no funcionante.

TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO TEMPORAL PARA LA RECONSTRUCCIÓN DINÁMICA DEL CIERRE PALPEBRAL

- Se obtiene una tira central del músculo temporal de aprox. 2 cm. con la fascia superficial. Se divide en su extremo en dos fascículos que se prolongan utilizando una tira de fascia temporal.
- Se crean dos túneles en ambos párpados; en el inferior debe estar lo más cerca del borde libre para corregir el ectropion al máximo.
- A través de una pequeña incisión cutánea se expone la crura anterior del ligamento palpebral medial y se suturan los extremos de las dos tiras de fascia con la tensión adecuada. El párpado inferior se hipercorriga y el superior debe tener la tensión justa que permita el cierre palpebral con la contracción del temporal pero que no esté demasiado tenso como para crear una fisura palpebral asimétrica.

- La parte posterior del temporal se puede desinsertar y desplazar hacia delante para evitar la deformidad central.

TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO TEMPORAL PARA RECONSTRUCCIÓN DINÁMICA DE LA SONRISA

- Técnica quirúrgica similar a la anteriormente descrita sin la necesidad de prolongar con fascia y elevando el tercio central del músculo (aprox. 4 cm).
- El músculo se rota sobre el arco cigomático, se divide en dos fascículos y se sutura al orbicular de los labios a ambos lados de la comisura.
- Es necesario hiper corregir.
- El defecto de la zona temporal puede rellenarse con algún tipo de cemento óseo.

INJERTO NERVIOSO DE FACIAL CONTRALATERAL CON INJERTO MICROVASCULARIZADO DE GRACILIS EN DOS FASES

- En una primera cirugía se obtiene un injerto de nervio sural que se anastomosa a ramas bucales del lado sano que puedan ser sacrificadas. Tunelización por labio superior y se deja en la dermis marcado con una seda.
- Transferencia del injerto microvascularizado de gracilis 6-12 meses después (signo de Tinnel positivo). Obtener 5-6 cm. de longitud del nervio del gracilis, rama del obturador y una longitud de músculo de aprox. 6-8 cm. Se posiciona el músculo desde el reborde orbitario inferior y el cigoma hasta la base alar, labio superior y modiolos. Anastomosis a vasos faciales y sutura nerviosa término-terminal del injerto cruzado al nervio del gracilis.

INJERTO CRUZADO CON GRACILIS EN UNA SOLA FASE

- Obtener el gracilis contralateral.
- Seguir el nervio más allá del foramen del obturador, pues la longitud necesaria de nervio es aprox. 10-12 cm.
- Posicionar el pedículo vascular hacia los vasos naso-labiales para garantizar que el nervio llegue directamente al lado contrario sin necesidad de injerto.
- Sutura a rama bucal del lado sano a través de una incisión 1 cm. lateral y paralela al pliegue naso-labial.

Cabeza corta del músculo bíceps femoral microvascularizado en un solo tiempo quirúrgico (nervio motor muy largo: 10-16 cm.). Puede ser una alternativa si no es factible el gracilis.

PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS

- Pesas de oro en el párpado superior que pueden ser colocadas por la vía clásica (a través del pliegue supraciliar) o por vía retrógrada.
- Injertos de cartílago auricular para la prevención o rehabilitación del ectropion del párpado inferior asociado en ocasiones a cantoplastias y cantopexias mediales y/o laterales.
- Procedimientos de lifting facial y blefaroplastias para corregir la ptosis de los tejidos asociados a la inactividad muscular.

- Sistema Micro Quick Anchor Mitek con suturas no reabsorbibles de 3-0 para tensar el párpado inferior.
- Inyecciones de toxina botulínica contralaterales para mejorar la simetría facial y como tratamiento de las discinesias.
- Plastias de labio inferior, comisuroplastias y miectomías del músculo depresor del labio inferior del lado sano para mejorar estéticamente las secuelas de la parálisis del marginal.

REHABILITACIÓN postoperatoria. Es fundamental para optimizar los resultados en todas las técnicas principales anteriormente descritas.

6.5. Manejo perioperatorio

La mayor parte de los procedimientos se realizan con anestesia general e intubación nasotraqueal, aunque algunos de los complementarios pueden realizarse con anestesia local, como la colocación de pesas de oro, blefaroplastias e inyecciones de toxina botulínica.

7. RESULTADOS

7.1. Seguimiento

El seguimiento de las reconstrucciones de las caras paralizadas debe ser a largo plazo. Los resultados pueden ser visibles inmediatamente, como es el caso de las pesas de oro, o pueden ser necesarios periodos de tiempo muy largos de hasta más de dos años como en los casos de reconstrucciones microquirúrgicas en dos tiempos.

En aquellos casos en los que hemos realizado un injerto nervioso o una anastomosis, podemos tener cierta idea de su evolución clínica mediante el signo de Tinnel. Consiste en percutir con la yema de nuestro dedo en el lugar donde hicimos la anastomosis y observaremos cómo el paciente nota cierta sensación de descarga eléctrica que se desplaza progresivamente hacia distal en exploraciones sucesivas.

7.2. Resultados terapéuticos

SUTURA DIRECTA CON O SIN INTERPOSICIÓN DE INJERTO Si la reconstrucción es precoz y la técnica quirúrgica es correcta, obtenemos los mejores resultados de función facial posibles y estos resultados son valorables incluso en los primeros meses.

ANASTOMOSIS HIPOGLOSO-FACIAL Se trata de una técnica sencilla y rápida de realizar y que genera unos resultados muy buenos. Aproximadamente a los 2 meses de realizarla, comenzarán a aparecer los primeros signos de reinervación tales como reaparición de pliegues y arrugas de expresión, sobre todo el surco naso-geniano, y el establecimiento de simetría facial en reposo. Asimismo el paciente empezará a desarrollar las primeras contracciones voluntarias, que precisarán rehabilitación y reeducación.

INJERTO NERVIOSO CRUZADO (CROSS-OVER) DESDE EL FACIAL DEL LADO SANO. Esta técnica aportará unos movimientos faciales más naturales y espontáneos, pero sus resultados son menos predecibles, al existir un injerto largo y dos anastomosis que los axones en crecimiento deberán superar.

TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULO TEMPORAL PARA LA RECONSTRUCCIÓN DINÁMICA DEL CIERRE PALPEBRAL Y DE LA SONRISA. No es conveniente utilizar el temporal para reconstruir al mismo tiempo los párpados y la sonrisa, porque si el control voluntario de los movimientos es independiente será más natural. Si lo utilizamos para el párpado podemos conseguir cierre palpebral dinámico y evitar el ectropion del párpado inferior. Si lo hacemos para la sonrisa, simetría en reposo y una ligera elevación voluntaria de la comisura bucal con resultados que pueden ser considerados como buenos o muy buenos en la mayor parte de los casos. En todos ellos es fundamental la rehabilitación.

INJERTO NERVIOSO DE FACIAL CONTRALATERAL CON INJERTO MICROVASCULARIZADO DE GRACILIS EN DOS FASES O EN UNA SOLA FASE. Es la técnica quirúrgica que mejores resultados de función facial obtiene en parálisis faciales establecidas de largo tiempo de evolución. Más de la mitad de los pacientes consiguen contracciones voluntarias del injerto sin discinesias. Si se hace en una sola fase tenemos menor tiempo de espera para obtener resultados, ahorramos un acto quirúrgico y la morbilidad es menor, pero los resultados finales en cuanto a simetría parecen ser mejores si se hace en dos fases.

PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS. En general son procedimientos sencillos que mejoran los resultados obtenidos con las técnicas esenciales y que en manos expertas tienen un bajo índice de complicaciones y unos resultados muy buenos.

8. INFORMACIÓN PARA PACIENTES

El nervio facial es el responsable del movimiento de la cara. Una lesión del nervio ocasionará una falta de movilidad en la mitad de la cara correspondiente; si sólo se afecta una rama y según la rama que sea puede haber imposibilidad para elevar la ceja, cerrar los párpados o sonreír

Sólo la imposibilidad de cerrar los párpados puede acarrear problemas funcionales por la desprotección del globo ocular y se recomienda utilizar pomadas y oclusión nocturna para protegerlos.

El resto de consecuencias se pueden considerar estéticas, pero pueden afectar de forma importante a la vida social y afectiva.

Las posibilidades de reconstrucción son muy variadas, desde las más sencillas con anestesia local, hasta las más complejas con anestesia general en varias fases. Las técnicas más largas y complejas, por lo general, consiguen mejores resultados de función facial, pero la elección de unas u otras dependerá en gran medida de las expectativas y deseos del paciente.

En todos los procedimientos quirúrgicos la rehabilitación es fundamental para conseguir buenos resultados.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cheney ML y cols. Early temporalis muscle transposition for the management of facial paralysis. *Laryngoscope* 1995;105:993-1000
- Choi HY y cols. Long-term comparison of a newly designed gold implant with the conventional implant in facial nerve paralysis. *Plast Reconstr Surg* 1999;104:1624-1634
- Frey M y cols. Dynamic reconstruction of eye closure by muscle transposition or functional muscle transplantation in facial palsy. *Plast Reconstr Surg* 2004;114:865-75
- Hayashi A y cols. Neurovascularized free short head of the biceps femoris muscle transfer for one-stage reanimation of facial paralysis. *Plast Reconstr Surg* 2005;115:394-405
- Hayashi A y cols. Use of a suture anchor for correction of ectropion in facial paralysis. *Plast Reconstr Surg* 2005;115:234-239
- Hoffman WY. Reanimation of the paralyzed face. *Otolaryngol Clin North Am* 1992;25:649-667
- Kao CH y cols. Retrograde weight implantation for correction of lagophthalmos. *Laryngoscope* 2004;114:1570-1575
- Krastinova D y cols. Rehabilitation of the paralysed or lax lower eyelid using a graft of conchal cartilage. *Br J Plast Surg* 2002;55:12-9
- Kumar PA y cols. Cross-face nerve graft with free-muscle transfer for reanimation of the paralyzed face: a comparative study of the single-stage and two-stage procedures. *Plast Reconstr Surg* 2002;109:451-462
- May & Schaitkin. *The facial nerve*. Second edition. Thieme, New York, 2000.
- May M y cols. Temporalis muscle for facial reanimation. A 13-year experience with 224 procedures. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1993;119:378-82
- Piza-Katzer H y cols. Secondary end-to-end repair of extensive facial nerve defects: surgical technique and postoperative functional results. *Head Neck* 2004;26:770-777
- Tomat LR y cols. Evaluation of a new measurement tool for facial paralysis reconstruction. *Plast Reconstr Surg* 2005;115:696-704

