

LIBRO PARA LA FORMACIÓN DE LOS RESIDENTES EN OFTALMOLOGÍA

PÁRPADOS

13
Parálisis facial

Won Kim



SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE OFTALMOLOGÍA

La parálisis facial constituye una patología compleja cuyo manejo requiere un claro abordaje multidisciplinar. Generalmente los pacientes con parálisis facial son remitidos al oftalmólogo por otros especialistas (ORL, neurocirugía, maxilofacial...), habiendo éstos establecido previamente el diagnóstico etiológico de la parálisis y su consecuente tratamiento. Dentro del listado de especialistas implicados en el manejo de la parálisis facial, el oftalmólogo desempeña fundamentalmente 2 objetivos: intentar garantizar la integridad de la superficie ocular mientras observamos si se produce una recuperación progresiva de la función perdida del nervio facial, básicamente mediante tratamiento médico (lubricantes, oclusión...) e intentar mejorar la posición alterada de cejas y párpados, como consecuencia de la parálisis facial, mediante cirugía estática.

ETIOLOGÍA

El potencial de recuperación de la función perdida depende fundamentalmente de la etiología de la parálisis facial. Independientemente de las series publicadas la principal causa de parálisis facial es la denominada parálisis de Bell, desencadenada por el virus del herpes simple (VHS), y afortunadamente con muy buen pronóstico en la mayoría de los casos, puesto que se produce una recuperación espontánea en el 70-90% de los pacientes. Entre otras causas de parálisis facial encontramos las siguientes: el síndrome de Ramsay-Hunt (virus varicela zoster), la enfermedad de Lyme, infecciones óticas y coles-teatomas, alteraciones postquirúrgicas (por ejemplo tras extirpación de un schwannoma vestibular), tumores benignos y malignos del nervio facial, malformaciones congénitas, infecciones sistémicas (por ejemplo VIH o sífilis), patología autoinmune (sarcoidosis, lupus eritematoso sistémico...), enfermedades granulomatosas (por ejemplo síndrome de Melkersson-Rosenthal), traumatismos e incluso infartos pontinos o hemorragias.

CLÍNICA

Dentro del amplio espectro de síntomas y signos que podemos encontrar en la parálisis facial, podemos dividirlos en 2 grandes grupos: clínica por hipofunción y clínica por hiperfunción y sincinesias. Considerando que, en función del nivel anatómico al que se produzca la lesión, se producirá una alteración parcial o más extensa de la musculatura facial, nos centraremos básicamente en la clínica periocular.

La clínica por hipofunción, como su nombre indica, se debe a la pérdida de función muscular por denervación e incluye las siguientes alteraciones:

- Aplanamiento frontal.
- Ptosis de ceja.
- Retracción del párpado superior: Se produce por un desbalance entre la musculatura retractora del párpado superior intacta y el orbicular alterado. No se debe confundir con la ptosis mecánica que se puede producir por la dermatocalasia, acentuada por la ptosis de ceja.

- Alteración de la calidad, excursión y frecuencia de parpadeo del párpado superior.
- Ectropión y retracción paralítica del párpado inferior: la aparición de una u otra dependerá de la existencia o no de una laxitud previa (párpado inestable), siendo más frecuente el ectropión paralítico en paciente mayores y la retracción en pacientes más jóvenes.
- Lagofthalmos paralítico: puede deberse tanto a la hipofunción del párpado superior como a la malposición del párpado inferior, e, incluso, a la combinación de ambas. Dicha diferenciación resulta fundamental a la hora de plantear el tratamiento quirúrgico del lagofthalmos. La repercusión del grado de lagofthalmos en la superficie ocular dependerá a su vez de la existencia o no de un buen fenómeno de Bell.

La clínica por hiperfunción, la cual suele aparecer de forma más tardía, consiste en la aparición de contracturas musculares y sincinesias, como consecuencia de una inervación aberrante.

Además, debemos descartar siempre una posible alteración de la sensibilidad corneal como consecuencia de la alteración asociada del quinto par craneal en su salida del tronco del encéfalo, próxima al nervio facial y al octavo par craneal. La combinación de la alteración de la sensibilidad corneal junto con el lagofthalmos favorecerá la aparición de una queratopatía neurotrófica.

TRATAMIENTO

El manejo terapéutico de la parálisis facial variará según el momento temporal en el cual se halle el paciente y requiere un abordaje multidisciplinar por parte de distintas especialidades como ORL, oftalmología, rehabilitación, neurología, cirugía plástica, maxilofacial... Nos centraremos en la parte que compete a nuestra especialidad.

Tratamiento médico

El objetivo fundamental del oftalmólogo en esta patología es intentar garantizar la integridad de la superficie ocular, especialmente durante los primeros meses, mientras observamos si se produce una recuperación progresiva de la función perdida del nervio facial. Para ello, desde un primer momento se debe indicar tratamiento lubricante frecuente en combinación con otras medidas conservadoras como la oclusión nocturna o el uso de cámaras húmedas. La frecuencia de revisiones dependerá de la etiología de la parálisis (con su consecuente posibilidad de mejoría progresiva) y de la evolución de la superficie ocular.

Tratamiento quirúrgico

De forma excepcional, puede estar indicado el tratamiento quirúrgico en la fase aguda de la parálisis facial en casos de lagofthalmos completo sin fenómeno de Bell y con

escasas expectativas de mejoría progresiva o en casos en los que el tratamiento médico resulta insuficiente para asegurar la integridad corneal. En estos casos se suele optar por técnicas provisionales:

- Blefarorrafia localizada: puede ser única o múltiple y situarse tanto a nivel central como temporal. A diferencia de la tarsorrafia, no requiere la desepitelización del borde libre (de ahí que se trate de una técnica más reversible) y tan solo se pasa la sutura por piel y línea gris de ambos párpados mediante un punto de colchonero horizontal (puede realizarse con una seda 4/0 o un monofilamento no reabsorbible). Se debe interponer una almohadilla entre el nudo de la sutura y la piel para evitar lesiones por decúbito.
- Blefarorrafia completa («en serpiente»): Se realiza pasando una sutura monofilamento no reabsorbible de 5/0 por ambos párpados a lo largo de toda la hendidura palpebral, a modo de una sutura intradérmica, manteniendo los cabos de la sutura largos a nivel de ambos extremos del párpado inferior para poder regular el grado de apertura o cierre palpebral. Presenta la ventaja de ser más estable que la blefarorrafia localizada y permitir la apertura momentánea del párpado durante la exploración y la instilación del tratamiento médico, tantas veces como sea necesario.
- Tarsorrafia: Suele situarse a nivel temporal. A diferencia de la blefarorrafia, implica la desepitelización del borde libre para conseguir una unión permanente de ambos párpados, tratándose por ello de una técnica menos reversible, además de tratarse de una técnica poco estética. Posteriormente se puede proceder a la apertura de la tarsorrafia, pero implicará siempre cierto grado de alteración anatómica.
- Inducción de ptosis del párpado superior mediante inyección de toxina botulínica: Alternativa a la cirugía. Presenta el inconveniente de no poder graduar y predecir el grado de ptosis inducida y que no permite monitorizar la mejoría progresiva del lagofthalmos mientras dura el efecto de la toxina.
- Inducción de ptosis del párpado superior mediante inyección de ácido hialurónico: Alternativa a la cirugía. A priori permite un mejor control del grado de ptosis a inducir que la toxina botulínica y ofrece también la ventaja de contar con el antídoto (hialuronidasa). Se inyecta a nivel pretarsal y preaponeurótico.

Aunque resulta complicado establecer un límite temporal para la recuperación espontánea de la función del facial se suele considerar que a partir de los 4-6 meses es poco probable que se produzca, si no lo ha hecho previamente. Es por ello por lo que a partir de dicho momento se comienzan a plantear tratamientos más definitivos para mejorar la posición de las partes alteradas.

Existen dos posibles tipos de cirugía rehabilitadora: la cirugía dinámica, que intenta restaurar la función muscular, y la cirugía estática, que pretende recolocar las estructuras perioculares en una posición más favorable y próxima a la anatomía original. Dado que el resultado de las técnicas dinámicas en la región periocular es limitado, y generalmente es llevada a cabo por otros especialistas, nos centraremos, tan sólo, en la cirugía estática.

Desde el punto de vista de la oculoplástica podemos encontrar las siguientes opciones:

- Ptosis de ceja: Se trata de una de las indicaciones más favorables para la realización de una cejaplastia directa. La ausencia de contracción frontal minimiza mucho el riesgo de cicatriz antiestética. Para determinar la cantidad de piel a resear medimos la distancia entre la posición ideal de la ceja y la posición actual ptósica y aplicamos un factor de corrección de 1.5 (x1.5). Se debe tener especial cuidado de no lesionar el nervio supraorbitario superficializando el plano de resección a nivel de la cabeza de la ceja e intentar no lesionar los folículos pilosos de la ceja biselando la incisión a ese nivel.
- Lagofthalmos: A la hora de corregir el lagofthalmos paralítico se debe determinar previamente la causa de este.
 - Si depende del párpado superior, el tratamiento consistirá en la colocación de una pesa de oro o platino. En caso de disponer de un stock de pesas de oro, se debe probar el peso más adecuado para conseguir un buen cierre palpebral e interferir lo menos posible en la posición del párpado superior en posición primaria de la mirada. En caso de no disponer de dicho stock un peso bastante estándar que suele asegurar un buen balance es 1.2gr. Se puede colocar la pesa a nivel de tarso o entre tarso y músculo elevador del párpado superior. Resulta fundamental realizar un buen cierre por planos para intentar minimizar el riesgo de extrusión. Una alternativa a la pesa sería, como ya se ha comentado previamente, la inyección periódica de ácido hialurónico en párpado superior.
 - Si depende del párpado inferior, existen distintas opciones en función del grado de ectropión/retracción y la predisposición del paciente para la cirugía:
 - Tira tarsal lateral: Tan solo indicada para casos muy leves, suele ser una técnica insuficiente en la mayoría de los pacientes. En los casos de parálisis facial suele ser más conveniente anclar la sutura de la tira tarsal directamente al hueso realizando un agujero en el hueso mediante un drill con motor eléctrico (tira tarsal transósea), en vez de anclarla al periostio del reborde orbitario. El anclaje a nivel transóseo garantiza una mayor estabilidad a largo plazo (fig. 1).



Figura 1: A. Paciente con Lagofthlmo del OD. B. Tras la tira tarsal lateral.

- Tira tarsal lateral transósea + injerto de lámina posterior: Resulta una buena alternativa para pacientes poco proclives a cirugías más complejas. El anclaje a nivel transóseo, como ya hemos comentado, garantiza una mayor estabilidad a largo plazo. Entre las opciones de espaciadores de lámina posterior suele ser de primera elección el injerto de concha auricular o de fosa escafoidea (menos friable y con una mejor curvatura que el de concha auricular), por su gran disponibilidad en tamaño y soporte.
- Tira tarsal lateral transósea + injerto de lámina posterior + lifting de tercio medio: Se trata de la opción más completa puesto que permite mejorar no solo la posición del párpado inferior sino mejorar también la desviación la comisura bucal y la proyección del malar. Se puede realizar mediante dos incisiones únicas, transconjuntival y oral, que llegan a comunicarse entre sí, permitiendo la desperiostización cómoda de todo el de tercio medio facial. Para la suspensión del tercio medio facial se suelen emplear 1 sutura de vicryl 4/0 (para la zona de la bola de Bichat) y 2 de prolene 4/0 (para el SMAS y el SOOF), pudiendo anclarse las suturas a nivel del anclaje de la tira tarsal transósea, en lugar de la fascia temporal superficial, por lo que no es necesario realizar una incisión temporal. La ventaja que aportaría asociar la incisión temporal es que permitiría (si fuese necesario) extirpar el exceso de piel reclutado de la región temporal en vez de hacerlo a nivel del párpado inferior. En casos de laxitud medial marcada del párpado inferior se puede incluso asociar una hamaca de fascia lata (fig. 2).



Figura 2: A. Preoperatorio de paciente con parálisis facial izquierda tras resección de neurinoma del acústico. B. Postoperatorio a los 5 meses tras lifting de tercio medio + injerto de fosa escafoidea + tira tarsal lateral transósea.

De forma paralela, el resto de las especialistas pueden aportar otras alternativas quirúrgicas como la cirugía dinámica (la transferencia de músculo gracilis...) y realizar otras intervenciones fundamentales como la rehabilitación o la inyección de toxina botulínica para el tratamiento de la clínica por hiperfunción.

RESUMEN

- La parálisis facial es una patología que requiere un abordaje multidisciplinar.
- El objetivo primordial del oftalmólogo en la fase aguda de la parálisis facial es preservar la integridad de la superficie ocular, generalmente con tratamiento médico.
- El tratamiento quirúrgico del lagofthalmos paralítico dependerá del párpado afecto, no siendo la pesa de oro la opción quirúrgica en todos los casos. De hecho, con frecuencia es esencial el tratamiento quirúrgico del párpado inferior para mejorar de forma eficiente el lagofthalmos.

BIBLIOGRAFÍA

- Jowett N. A General Approach to Facial Palsy. *Otolaryngol Clin North Am*. 2018;51(6):1019-1031.
- Hohman MH, Hadlock TA. Etiology, diagnosis, and management of facial palsy: 2000 patients at a facial nerve center. *Laryngoscope*. 2014 Jul;124(7): E283-93.
- Sales-Sanz M, Barrancos C, Won-Kim HR, Sales-Sanz A, Colmenero C. Reconstructive subperiosteal midface lift: A three nonvisible incision approach. *Orbit*. 2017 Oct;36(5):256-263.