

Parálisis Facial en Zona VI por Fractura del Acueducto de Falopio

Instantánea Clínica

Luis Gerardo Domínguez-Carrillo¹

¹ Especialista en Medicina de Rehabilitación. Catedrático de la Facultad de Medicina de León, Universidad de Guanajuato. México

Fecha de recepción del manuscrito: 04/Enero/2020

Fecha de aceptación del manuscrito: 20/Mayo/2020

Fecha de publicación: 31/Mayo/2020

DOI: 10.5281/zenodo.3875802

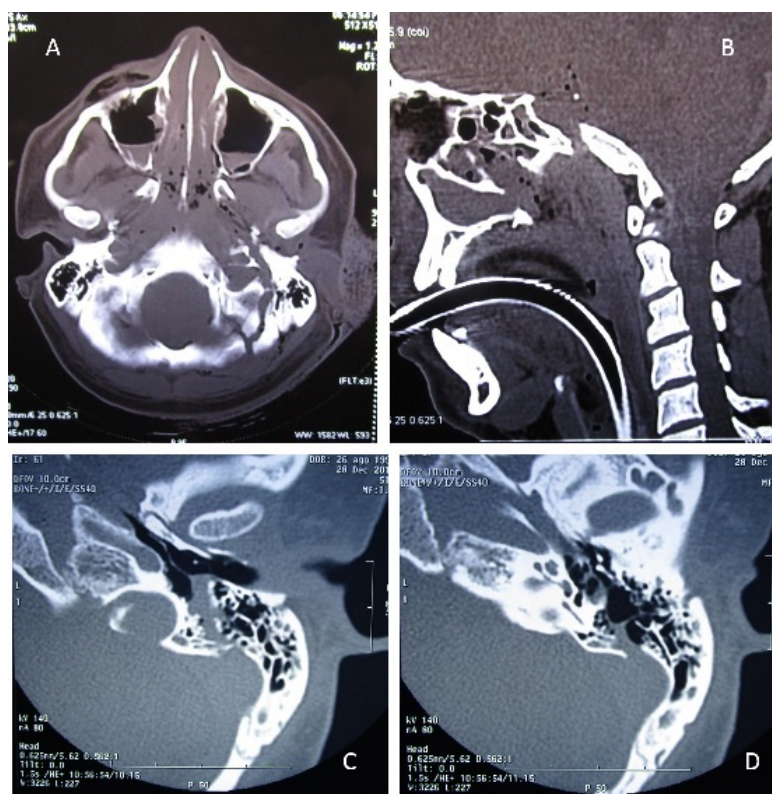


Figura 1: Imagen de resonancia magnética en corte coronal, ponderada en T2 de región lumbosacra, mostrando: sacralización de la 5ta vértebra lumbar con mega-apófisis transversa derecha fusionada a ala derecha del sacro (flecha negra), disminución del espacio discal L4/L5 y protrusión discal lateral (flecha blanca) correspondiendo a síndrome de Bertolotti tipo IIIA de la clasificación de Castellvi en femenino de 29 años de edad.

Masculino de 24 años de edad, quien sufrió accidente de motocicleta (sin uso de casco) 1 año antes de su llegada a Rehabilitación, presentando fracturas múltiples de cráneo, abarcando occipital, temporal, y de base de cráneo en esfenoides, confirmadas por tomografía computarizada (Figura 1); permaneció con pérdida del estado de alerta por 4 días, sometido a colocación de placa de cráneo para fijación de fracturas occipitales y temporales; quedando como secuelas parálisis facial periférica izquierda (motivo de consulta a rehabilitación para ver que se le puede ofrecer) e hipoacusia de oído izquierdo. A la exploración: Postura y marcha normales, hemicara izquierda con signos de Bell, de Pitres y de fumador de pipa presentes, pruebas de Schirmer normal bilateral, ojo rojo izquierdo con epifora presente (cursó 3 meses atrás con úlcera corneal resuelta; pruebas del gusto normal y observación de salivación normales; prueba de Rinne negativa, prueba de Weber mostrando lateralización al oído izquierdo, resto de pares craneales normales; resto de exploración normal.

Se efectúan los diagnósticos de: a) Hemiprosoplejía periférica izquierda de tipo Grado VI de la clasificación de House-Bracmann secundaria a sección del nervio facial por debajo de cuerda del tímpano zona VI por fractura del Acueducto de Falopio y;^{1,2} b) Hipoacusia de transmisión de oído izquierdo por fractura en antro mastoideo, con pérdida de la relación articular del yunque y estribo.

Se solicitó velocidad de conducción motora del nervio facial, electromiografía y audiometría tonal, mostrando la primera: morfología de aplanamiento con amplitud severamente disminuida tanto en ramos nasales, oculares y orales; la electromiografía mostró: actividad de inserción incrementada, presencia de fibrilaciones y ondas positivas traduciendo denervación sin presencia de potenciales polifásicos, no existiendo patrón de reclutamiento muscular al solicitar contracción voluntaria máxima. La audiometría tonal confirmó hipoacusia de transmisión de oído izquierdo.

Se explicó al paciente, el sitio de lesión, así como las posibilidades quirúrgicas por el tiempo de evolución así como las implicaciones pronósticas y complicaciones de una transposición nerviosa al nervio facial.

Los nervios que se suelen utilizar como donantes son el hipogloso (XII)³ y la rama motora del trigémino (V), quedando el uso del espinal accesorio (XI) como técnica histórica.⁴ Éstos se seccionan parcial o completamente y se anastomosan al extremo distal del nervio facial paralizado bien directamente o por medio de un injerto nervioso. Existen dos tipos de desventajas claras con este tipo de técnicas. En primer lugar, las derivadas de la morbilidad asociada a la sección del nervio donante (atrofia lingual y dificultad en la deglución en el caso del hipogloso; escápula alada en el caso del espinal accesorio y disminución de fuerza masticadora en el caso de la rama motora del trigémino). En segundo lugar y como desventaja importante clásicamente descrita de estas transposiciones nerviosas encontramos la falta de movimientos faciales coordinados con la hemicara normal contralateral

aunque se ha descrito una coordinación motora espontánea con buena adaptación cerebral.

Por último, se derivó al paciente con diagnóstico de la zona de lesión a valoración por otorrinolaringología, cirugía plástica para ampliación de explicación de procedimientos quirúrgicos y, a oftalmología para valorar la posibilidad de tarsorrafia de canto externo de ojo izquierdo para mejorar epifora.

REFERENCIAS

- [1] Domínguez CL. Zonas anatómicas de lesión en parálisis facial periférica y su relación etiológica. Experiencia de 780 casos. *Cir Ciruj* 2002; 70: 239-245.
- [2] Domínguez CL. Parálisis facial periférica: Reporte de 1,000 casos. *Acta Med Gpo Ang* 2005; 3: 155-163.
- [3] Campero A, Ajler P, Socolovsky M, Martins C, et al. Mini-mastoidectomía para anastomosis hipogloso-facial con sección parcial del nervio hipogloso. *Surg Neurol Int.* 2012; 3 (Suppl 6): S400-S404.
- [4] Lian J, Levine N, Cho W. A review of lumbosacral transitional vertebrae and associated vertebral numeration. *Eur Spine J.* 2018;27:995-1004.