

En España hay dos unidades especializadas consolidadas en parálisis facial

## **Los otorrinolaringólogos recomiendan el tratamiento de la parálisis facial compleja en unidades multidisciplinarias**

- **Es frecuente encontrar pacientes a los que no se les ha ofrecido una solución a su grave problema en años**
- **El otorrinolaringólogo, el especialista clave para diagnosticar y orientar el tratamiento de la parálisis facial**

**Madrid, 10 de noviembre de 2017.** La Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello (SEORL-CCC) ha reclamado, en el marco de su 68 Congreso que se celebra del 10 al 12 de noviembre en Madrid, el tratamiento de los casos complejos de parálisis facial en unidades multidisciplinarias formadas por diferentes especialistas y lideradas por un otorrinolaringólogo. Se pretende, así, evitar que los pacientes estén varios años sin obtener una solución a una patología que causa un grave trastorno a la calidad de vida. En la actualidad, existen en España dos Unidades de Parálisis Facial de este tipo con una trayectoria consolidada, una en Madrid y otra en Barcelona.

La parálisis facial es una lesión del nervio facial que ocasiona la pérdida total o parcial del movimiento muscular voluntario de la cara. "La causa más frecuente es la parálisis de Bell, también llamada idiopática. Es una enfermedad de probable origen vírico, que en la mayoría de los casos se recupera de forma espontánea, en el 30% de los casos, con alguna secuela. Puede aparecer a cualquier edad, afectando por igual a hombres y mujeres", explica el doctor Luis Lassaletta, presidente de la Comisión de Otoneurología de la SEORL-CCC. El doctor Lassaletta es jefe de sección de ORL y coordinador de la Unidad de Parálisis Facial del Hospital La Paz, una de las dos unidades especializadas que existen en España con más de 15 años de funcionamiento. La otra está en Barcelona, en el Hospital de Bellvitge. Sin embargo, también puede estar causada por el virus de la varicela, los accidentes vasculares cerebrales, los tumores de base de cráneo, los tumores que se originan en el nervio facial, los traumatismos craneales con fractura de peñasco, las infecciones del oído o la iatrogenia tras cirugía de oído, de parótida o de base de cráneo.

Una revisión de estudios reciente publicada en [Journal of Multidisciplinary Healthcare](#) advierte de que para optimizar el resultado del paciente, los profesionales involucrados en el manejo de parálisis facial deben colaborar dentro de equipos multidisciplinares integrales, debido al impacto funcional y psicosocial de esta patología. "El tratamiento de las parálisis faciales debe realizarse en centros de referencia con equipos multidisciplinares especializados, pues así se podrá 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 de rehabilitación", señala el doctor Lassaletta. Este especialista indica que cuando los casos complejos se tratan por parte de especialistas individuales, "estos adaptan la patología a las técnicas que conocen, mientras que el tratamiento en unidades de referencia permite seleccionar la/s técnica/s más adecuadas para cada caso, muchas veces realizadas por diferentes profesionales", subraya. En este sentido, el otorrinolaringólogo es quien debe liderar esas unidades, "ya que su conocimiento del nervio facial, desde su salida del tronco cerebral hasta sus ramas terminales en la parótida, es clave para poder orientar el diagnóstico y el tratamiento".

### **Tratar a tiempo**

La parálisis facial se manifiesta por la incapacidad de cerrar el ojo o levantar la ceja, problemas al sonreír, dificultad para comer o beber o alteraciones en el habla. "También pueden aparecer dolores de oído o cabeza, babeo, sequedad en la boca, sensibilidad al sonido y una dificultad en el parpadeo con la consecuente disminución del lagrimeo, lo que es probable que derive en conjuntivitis o úlceras corneales", indica el doctor Lassaletta.

Los casos de parálisis de Bell son tratados con corticoides orales y la mayoría recuperan su función facial de forma completa. Por el contrario, una lesión quirúrgica, traumática o infecciosa del nervio facial requiere con frecuencia, una actitud quirúrgica decidida. "Cuando se produce una lesión severa del nervio, nunca se restablece completamente la función facial, y el paso del tiempo disminuye las posibilidades de reinervación", explica el doctor Lassaletta. De esta manera, si el especialista "no tiene el suficiente conocimiento ni experiencia no se enfrentará con el problema y el resultado será mucho peor que si se enfoca correctamente y a tiempo", advierte. Por estos motivos, afirma, "es frecuente encontrar pacientes a los que no se ha ofrecido una solución a su grave problema en muchos años".

Para aquellos pacientes con una musculatura facial aún viable, es decir, con menos de 1 o 2 años de evolución de la parálisis, "se reconstruye el nervio facial directamente o bien con un injerto de nervio", indica el doctor Lassaletta. Si esto no es posible se recurre a otros nervios donantes como el nervio hipogloso, el nervio maseterino o el nervio facial contralateral. Si la parálisis está establecida, lleva más de 1 o 2 años de

evolución y los músculos faciales ya no son viables, "se requieren transposiciones musculares o injertos microvascularizados en función de la edad, características y preferencias de cada persona", comenta. En este sentido, lo más novedoso es la combinación de varias técnicas de reinervación, "en las que los mejores resultados se obtienen combinando varios nervios, y esto solamente es posible en Unidades Multidisciplinarias de Parálisis Facial", afirma. Por otro lado, un estudio reciente realizado por otorrinolaringólogos de la Universidad de Johns Hopkins y publicado en [Plastic Sugery](#) concluye que la técnica de transferencia del tendón temporal mínimamente invasiva ofrece un retorno inmediato, predecible y simétrico de la función de la sonrisa. Esta técnica es útil en pacientes con parálisis de larga evolución que no pueden beneficiarse de técnicas de reinervación.

Además, después de la cirugía, será necesario complementarla con rehabilitación específica de reeducación neuromuscular facial, muchas veces combinada con toxina botulínica. Por otro lado, en la mayoría de los casos se siguen procedimientos complementarios estéticos y sobre el ojo para mejorar el parpadeo y evitar problemas corneales.

### **Nueva escala de diagnóstico**

Uno de los aspectos más controvertidos en el diagnóstico de esta patología es la evaluación del grado de parálisis de cada paciente. La escala más empleada hasta el momento es la de House-Brackmann, que asigna 6 grados desde una función normal (grado 1) hasta una parálisis completa (grado 6). "Sin embargo, esta escala es muy subjetiva y es complicado establecer claramente la asignación de los grados intermedios, especialmente diferenciar entre los grados 3 y 4", asegura el doctor Lassaletta. Para tratar de minimizar la diferencia entre observadores, se está popularizando una nueva escala electrónica (eFACE), descrita por la Unidad de Parálisis Facial de Harvard. Se trata de una escala analógica-visual de 15 ítems que evalúa la cara de cada paciente en reposo y en movimiento. La escala está accesible como app para iPhone y Android. "Los primeros estudios muestran una gran concordancia entre los resultados asignados por distintos evaluadores, y está llamada a convertirse en la herramienta universal para la evaluación de estos pacientes", apunta. Así, una investigación con pruebas realizadas en todo el mundo y publicada este año en [Plastic and Reconstructive Surgery](#) concluye que esta escala puede ser un instrumento digital adecuado para la evaluación de la función facial.

### **Para más información:**

**Carlos Mateos/Rocío Jiménez. COM SALUD.**

**Tels.: 91223 66 78/ 675 987 723**