

Otorrinolaringología

Tema 10. Fracturas y parálisis facial



Carmelo Morales Angulo

Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas

Este tema se publica bajo Licencia:

[Creative Commons BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

Fracturas del peñasco (hueso temporal)

- **Se clasifican en tres tipos:**
 - **Longitudinales (extralaberínticas):** las más frecuentes. Afectan al oído externo y medio.
 - **Transversales (laberínticas):** oído interno.
 - **Oblicuas:** mixta.

Fracturas longitudinales

- Las más frecuentes.
- Afectan al oído externo y medio.
- **Clínica**: Hipoacusia de transmisión, otorragia, **signo de Battle** y otolicuorrea.
- Raro parálisis facial.
- Otoscopia: desgarró y otorragia.

Fracturas transversales

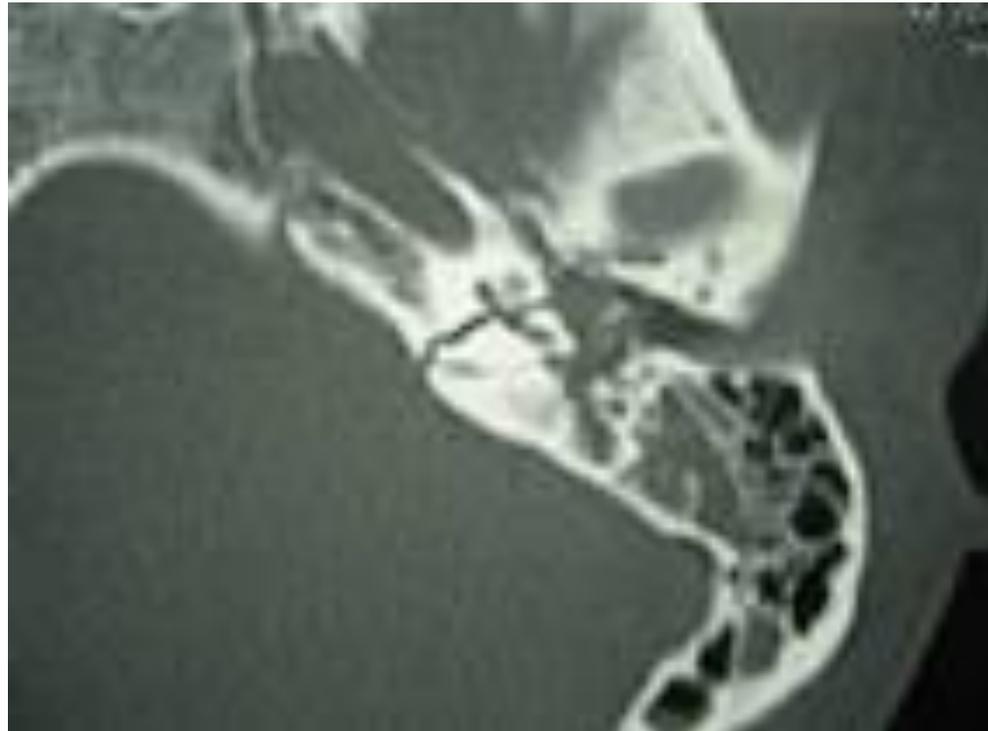
- < Frec. 20%. Más graves.
- Afectan al oído interno.
- **Clínica:**
 - Hipoacusia neurosensorial profunda.
 - Acúfenos.
 - Vértigo intenso.
- 50% parálisis facial de mal pronóstico (sección).
- **Otoscopia:** normal o hemotímpano.

Fracturas oblicuas

- Tímpano-laberíntica.
- Sintomatología que engloba las anteriores.
- Parálisis facial 100%.



Diagnóstico por TC



Tratamiento

- Cobertura antibiótica.
- Reposo, si hay otolicuorrea.
- Parálisis facial total inmediata: cirugía.

Paralisis facial

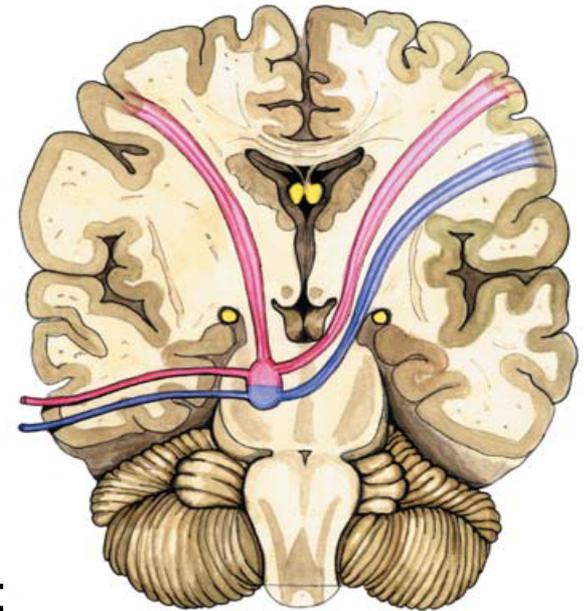


Anatomía del nervio facial

- **Composición**: «el n. facial es un nervio mixto compuesto por fibras motoras, secretoras, sensitivas y sensoriales».
- **Fibras motoras**: musculatura facial y músculo del estribo.
- **Fibras parasimpáticos**: secreción salivar, lacrimal y nasal.
- **Fibras sensitivas**: sensibilidad cutánea (área Ramsay-Hunt).
- **Fibras sensoriales**: sensibilidad gustativa.

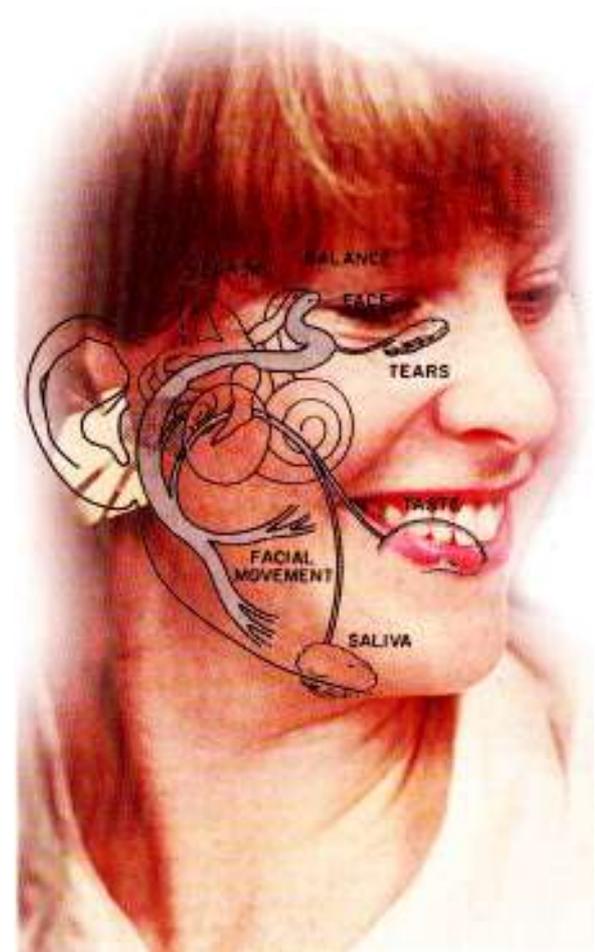
Origen del nervio facial

- Se origina en el tronco del encéfalo. El núcleo del n. facial se encuentra en la protuberancia.
- La parte superior del núcleo controla la motilidad del territorio facial superior y recibe fibras corticales bilaterales.
- La parte inferior controla los territorios faciales medio e inferior y recibe fibras contralaterales.
- **Consecuencia:**
 - Lesión central o supranuclear (corteza cerebral): la parálisis muscular respeta el territorio facial superior (no se afecta el orbicular de los párpados).
 - Lesión periférica: se afecta toda la hemicara.



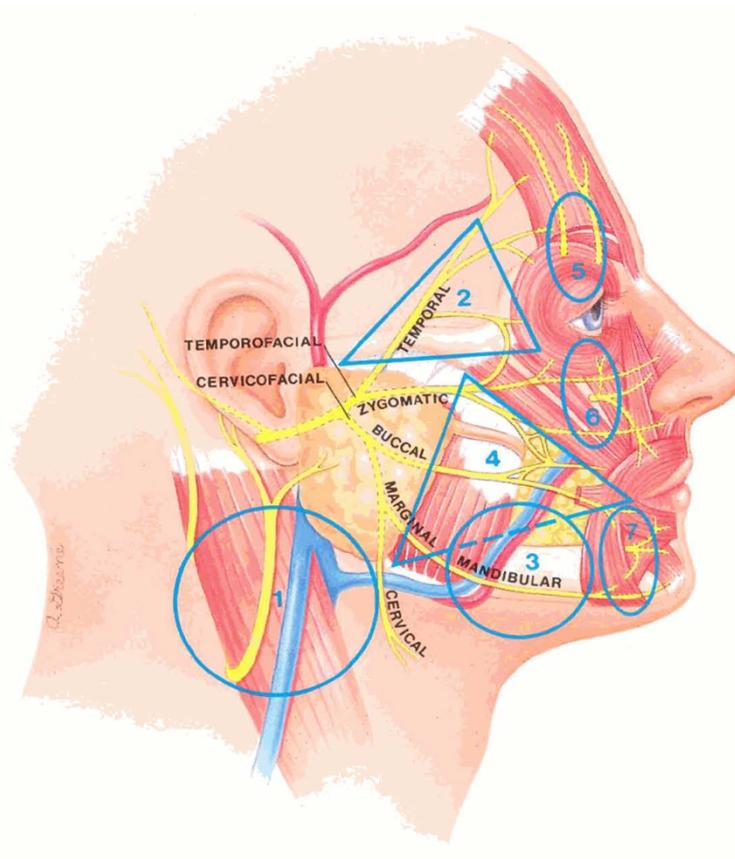
Recorrido del nervio facial

- Desde su origen en el tronco del encéfalo, atraviesa el conducto auditivo interno (CAI) y discurre por el oído (porción laberíntica, timpánica y mastoidea) dentro de un canal óseo (conducto de Falopio).
- Se hace extracraneal al salir por el orificio estilomastoideo.



Recorrido del nervio facial

- En el interior de la parótida se divide en dos ramas motoras para la cara: superior o temporofacial e inferior o cervicofacial.



Parálisis facial periférica

- **Etiología:**

- Idiopática, de Bell o a frigore. La más frecuente.
- Traumática:
 - Iatrogénica. Obstétrica (fórceps).
Cirugía del neurinoma, del colesteatoma o de parótida.
 - Fracturas de peñasco.
- Infecciosa: herpes Zóster ótico (Sd. Ramsay-Hunt), o. media complicada, etc.
- Neurológicas: esclerosis múltiple, etc.
- Otras: Tumorales, metabólicas, tóxicas, etc.

Parálisis facial periférica

- **Clínica:**

1. Borramiento de las arrugas frontales.
2. Signo de Bell, al cerrar los ojos el globo gira hacia arriba.
3. Borramiento del surco nasogeniano.
4. Caída de la comisura labial.
5. Hipotonía de la borla del mentón.



- Además de la afectación de la musculatura facial puede haber distintas manifestaciones en función de la localización de la lesión: algiacusia (audición dolorosa), alteración gustativa (disgeusia), disminución salivar (hiposialia) o lacrimal, aunque puede tener epífora por dificultad para drenar la lágrima.

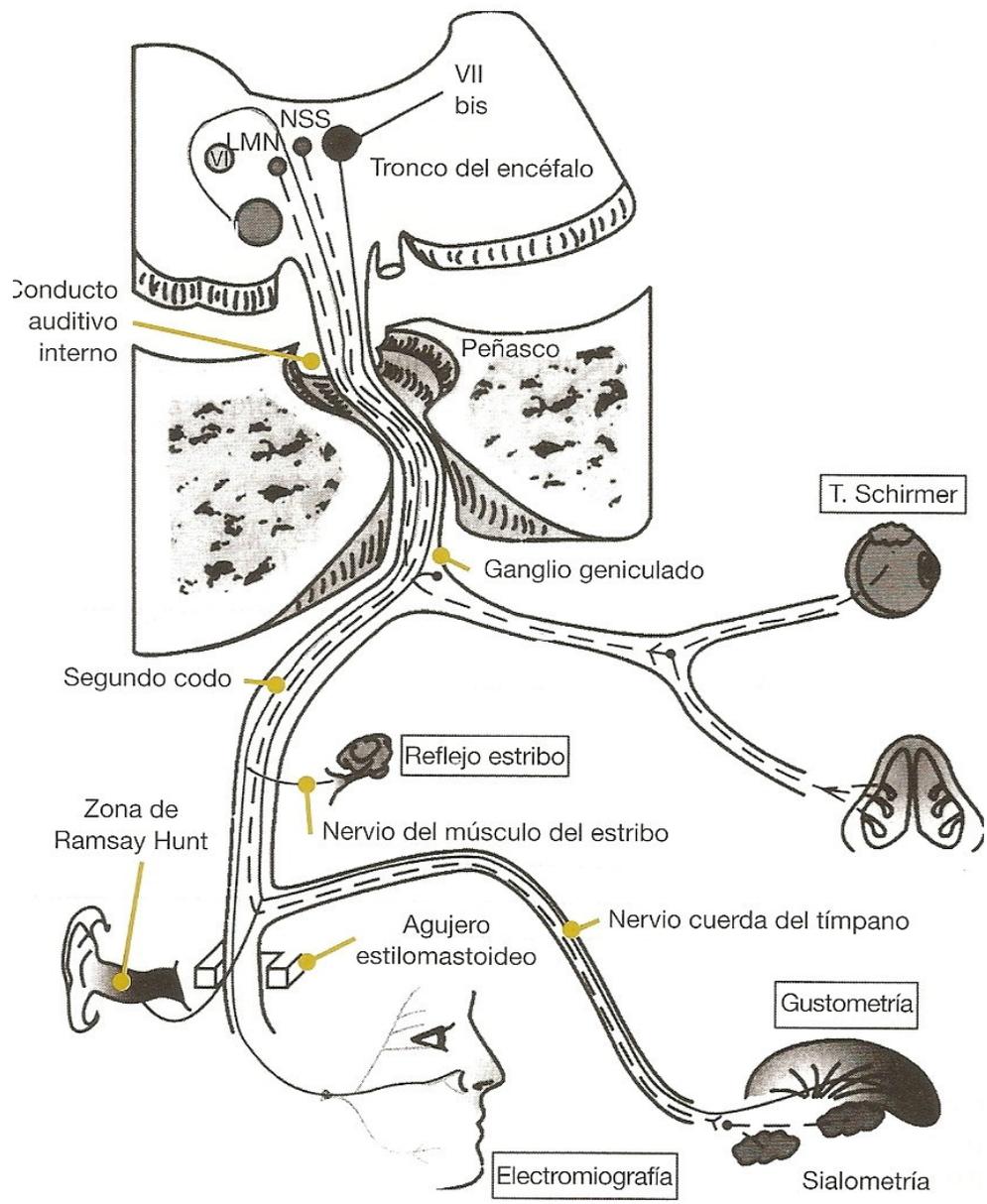
Parálisis facial periférica

- **Clasificación clínica de House-Brackmann:**

- **Grado I:** 100 % de movilidad facial. Movilidad facial y tono normales.
- **Grado II:** ligera disfunción. Movilidad facial estimada: 80 %. En reposo, simetría y tono normales. En movimiento, aparición de una ligera simetría sin contractura con ausencia o discreta presencia de sincinesias.
- **Grado III:** disfunción moderada, 60 % de movilidad facial estimada. En reposo, simetría y tonos normales Disminución global de la movilidad. Se obtiene el cierre ocular aun con importante esfuerzo muscular. Espasmos y sincinesias presentes aunque sin deformación.
- **Grado IV:** la disfunción es moderadamente grave: 40 % de movilidad facial estimada. En reposo, el tono es normal, la simetría es globalmente conservada. En movimiento, no hay movilidad frontal o muy poca. El cierre ocular completo no puede ser obtenido aunque haya esfuerzo máximo. Las sincinesias graves o los espasmos traban la movilidad facial.
- **Grado V:** disfunción grave: 20 % de movilidad facial estimada. En reposo, la asimetría es evidente y el tono deficiente. Solamente algunos movimientos son perceptibles en el nivel del ojo y de la boca. En este estadio no puede haber espasmo ni sincinesias.
- **Grado VI:** parálisis facial completa: 0 % de movilidad facial estimada.

Parálisis facial periférica

- **Diagnóstico:**
 - **Clínico.**
 - **Electrodiagnóstico.** Permite establecer el grado de lesión y el pronóstico:
 - Electroneuronografía. Es la prueba más útil en la fase aguda de la parálisis .
 - Electromiografía. No es útil en la fase aguda pero si pasadas 2 semanas, para evaluar la evolución de la parálisis.
 - **Diagnóstico topográfico:**
 - Test de Schirmer.
 - Reflejo estapedial.
 - Gustometría.



Parálisis facial periférica

- **Tratamiento:**

- Etiológico, si es posible.
- Protección ocular (lágrimas artificiales, parche nocturno).

Parálisis facial periférica

- **Idiopática:**

- Probable neuritis vírica (herpes simple).
- Causa más frecuente de parálisis facial (60-75%).
- Generalmente de instauración brusca, unilateral y con frecuencia asocia molestia/dolor periauricular.
- El diagnóstico es de exclusión.
- El tratamiento es empírico.

Parálisis facial periférica idiopática

• Tratamiento:

- Transmitir tranquilidad al paciente y entorno.
- Protección ocular, con lágrimas artificiales y parche nocturno si es necesario.
- Corticoides, Metilprednisolona 1-1,5 mg/kg/24 h, 15 días en pauta descendente.
- Antivirales, NO se utilizan en los casos idiopáticos. El aciclovir se restringe al síndrome de Ramsay-Hunt.
- Descompresión quirúrgica, cirugía compleja que se reserva para casos muy seleccionados que evolucionan mal.

Parálisis facial periférica idiopática

- **Pronóstico:**

- Bueno en general, la mayoría tiene una recuperación completa, aunque puede ser lenta. En algunos casos pueden quedar secuelas como paresia residual, espasmos y sincinesias.

- **Factores pronósticos:**

- Grado de afectación clínica (la parálisis incompleta en la 1ª semana es el factor más favorable).
- Edad, cuanto más joven mejor pronóstico.
- Enfermedades sistémicas (diabetes, HTA, etc.) empeoran el pronóstico.
- La ausencia de reflejo del músculo del estribo empeora el pronóstico.

Parálisis facial periférica

- **Traumática:**

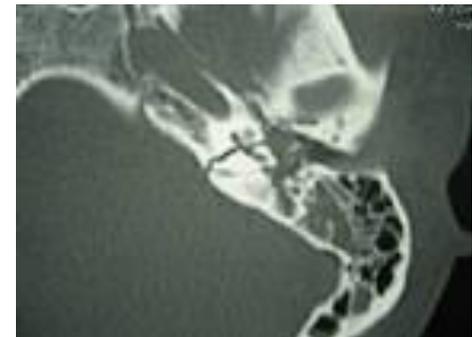
- Iatrogénica:

- Obstétrica (forceps, generalmente transitoria).
- Cirugía: neurinoma 8º, o. medio (colesteatoma), parótida.

«La monitorización durante la intervención es útil para prevenir lesiones y tiene valor médico-legal».

- Fracturas de peñasco:

- Longitudinales, transversales u oblicuas (más frec. la parálisis).
- Clínica cocleovestibular asociada.



Herpes Zoster (Sd. Ramsay Hunt)

- Vesículas en pabellón, dolor periauricular, parálisis facial, hipoacusia, vértigo.
- Tratamiento antivírico y sintomático. Peor pronóstico que Bell.

Tumorales (7%)

- **Habitualmente progresivas.**
- **Causas:**
 - Neurinoma del facial.
 - Neurinoma del acústico en fases avanzadas (poco frecuente).
 - Paraganglioma (glomus).
 - Carcinomas (rarísimos).
 - Colesteatomas (pseudotumores).
 - Tumores parotídeos malignos.

- Sobre todo colesteatomas y cirugía de oído.
- Ocasionalmente otitis media aguda y mastoiditis.
Tratamiento: antibióticos, corticoides y timpanocentesis si no hay otorrea.
- Otitis externa maligna.

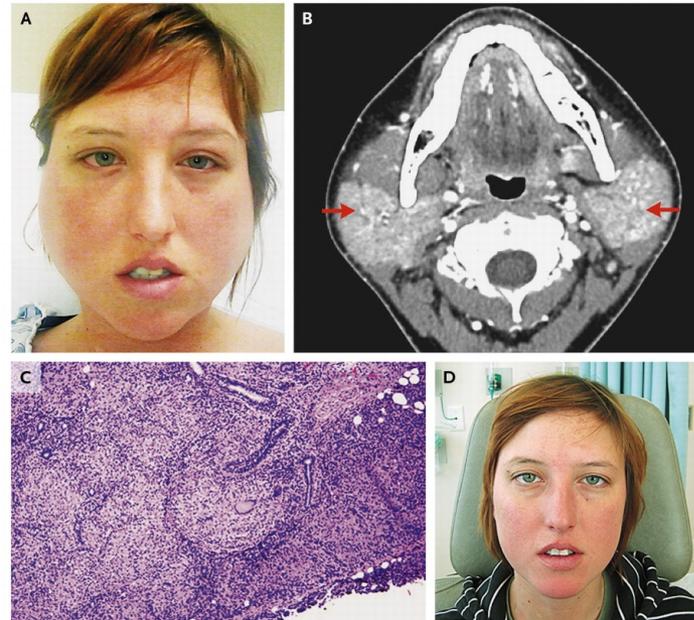


Síndrome de Melkersson-Rosenthal

- Edema de labio.
- Lengua fisurada.
- Brotes recurrentes de parálisis facial.

Síndrome de Heerford

- Fiebre úveo-parotídea.
- Forma extrapulmonar de sarcoidosis:
 - Parálisis facial.
 - Fiebre.
 - Uveitis anterior.
 - Parotiditis.



<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMicm1303454>

- Enfermedad de Lyme.
- Síndrome de Guillén-Barré (habitualmente bilateral, simultáneas y simétrica).