

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana

ISSN: 0376-7892

ciplaslatin@gmail.com

Sociedad Española de Cirugía Plástica,

Reparadora y Estética

España

Gómez Martín, Cristina; Fonseca Valero, R.; Galán Fajardo, J.M.

Utilización de la toxina botulínica para mejorar la funcionalidad y la expresión del labio en parálisis
facial de larga evolución

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 36, núm. 2, abril-junio, 2010, pp. 175-178

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365537858011>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Utilización de la toxina botulínica para mejorar la funcionalidad y la expresión del labio en parálisis facial de larga evolución

Use of botulinum toxin to improve the functionality and expression of the lip in long-term facial palsy



Gómez Martín, C.

Gómez Martín, C.*, Fonseca Valero, R.**, Galán Fajardo, J.M.*

Resumen

La parálisis de la rama marginal del nervio facial en el contexto de una parálisis facial de larga evolución, produce una deformidad estética y funcional que puede ser mejorada con la inyección de toxina botulínica.

Utilizamos esta técnica en 2 pacientes consiguiendo unos resultados casi inmediatos en lo que se refiere a la apertura bucal, a la expresión y a la continencia oral.

Indicamos esta técnica en pacientes de edad avanzada, con múltiples operaciones previas y que aceptan este procedimiento no invasivo para mejorar su autoestima y su calidad de vida.

Abstract

Paralysis of the marginal branch of the facial nerve in the context of a long-term facial paralysis, produces an aesthetic and functional deformity that can be improved with botulinum toxin injection.

We use this technique in 2 patients who achieved almost immediate results in terms of oral opening, oral expression and continence.

Botulinum toxin injection can be used in elderly patients with multiple previous operations who accept this non-invasive procedure, improving their self-esteem and their quality of life.

Palabras clave Depresor del labio inferior, Toxina botulínica, Reanimación facial.

Código numérico 257-2575-280

Key words Depressor labi inferioris, Botulinum toxin, Facial reanimation.

Numeral Code 257-2575-280

* Médico Interno Residente.

** Cirujano Plástico, Médico Adjunto del Servicio.

Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.

Introducción

Los objetivos principales a la hora de reparar una parálisis facial son: lograr protección corneal, continencia oral y conseguir una sonrisa simétrica (1). En los pacientes de edad avanzada con una parálisis facial de larga evolución, multioperados y sobre todo de sexo femenino, cualquier mejora en la asimetría, incluso parcial, es notablemente valorada.

Aún con las técnicas quirúrgicas más avanzadas es difícil conseguir un movimiento simétrico y natural al hablar, sonreír o enseñar los dientes, pues la acción de un solo músculo transferido microquirúrgicamente no puede simular la acción de los 17 músculos que componen el movimiento facial (2). Si además tenemos en cuenta que la transferencia muscular, por lo general, sólo simula la contracción del músculo zigomático mayor; queda sin poder simetrizar otra musculatura importante en lo que se refiere al movimiento del labio durante la sonrisa y la continencia oral; nos referimos a la musculatura dependiente de la rama marginal del nervio facial. La reparación de esta musculatura con el objetivo de restaurar una sonrisa más natural y disminuir la incontinencia oral se puede realizar actuando quirúrgicamente sobre el lado sano o eliminando la acción de la musculatura contralateral.

Proponemos el uso de toxina botulínica inyectada en el lado sano, sobre todo en los músculos depresores del labio y en especial en el músculo depresor del labio inferior.

El objetivo de nuestro trabajo es mejorar la calidad de vida en pacientes con parálisis facial en los que se han descartado más operaciones para mejorar el aspecto estético, tanto en reposo como en movimiento.

Material y método

Caso 1

Mujer de 61 años a la que le fue extirpada la glándula parótida izquierda por presentar un carcinoma adenoide quístico en 1998; como consecuencia de la intervención sufrió parálisis facial. En Julio del 2003 se le realizó en nuestro Centro una mioplastia de suspensión con el músculo temporal ipsilateral.

Dado el pobre resultado obtenido con la contracción del músculo temporal, consiguiendo sólo una sonrisa tipo "mona lisa", vuelve a nuestra Unidad para pedir una nueva valoración.

En Marzo del 2009 se le inyectaron 40u de toxina botulínica tipo A (Dysport ®) en el músculo depresor del labio contralateral.

El resultado fue una mejoría evidente del labio, tanto en reposo como en movimiento (Fig.1-4).

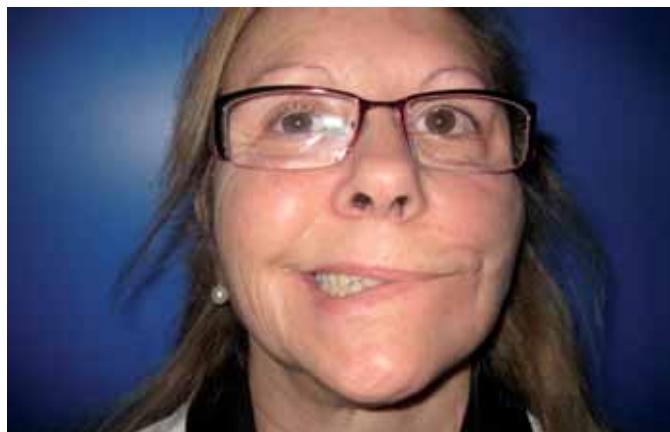


Fig. 1. Pretratamiento Caso 1: se observa la deformidad labial en movimiento.



Fig. 2. Postratamiento Caso 1 tras la inyección de toxina botulínica A; mayor simetría en la sonrisa sin desplazamiento del filtrum.



Fig. 3. Pretratamiento Caso 1 en reposo: se observa la asimetría del labio inferior al no tener tono el músculo depresor del labio izquierdo, el bermellón de ese lado está enrollado hacia dentro.



Fig. 4. Postratamiento Caso 1 en reposo: se aprecia mayor simetría en el bermellón del labio inferior.

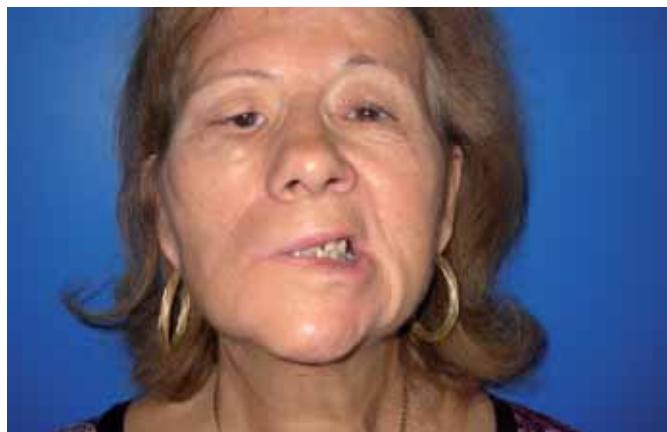


Fig. 5. Pretratamiento en movimiento Caso 2: se aprecia una gran deformidad con el movimiento.



Fig. 6. Postratamiento Caso 2: mejora la deformidad al realizar el mismo gesto que en la figura nº 5.

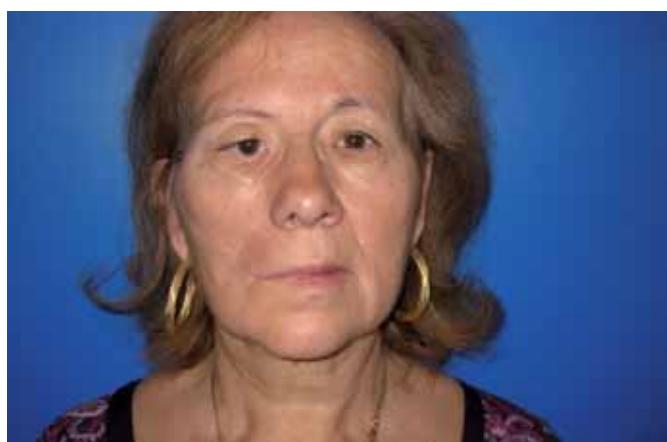


Fig. 7. Pretratamiento Caso 2 en reposo: se aprecia desviación del filtrum, asimetría facial y enrollamiento del bermellón del labio inferior en el lado derecho.



Fig. 8. Postratamiento Caso 2 en reposo: se aprecia mayor simetría en el labio inferior sin desviación del filtrum.



Fig. 9. Protusión labial simétrica tras el tratamiento del Caso 2.



Fig. 10. Dibujo sobre la piel de la posición del músculo depresor del labio inferior una vez palpado contra resistencia.

Caso 2

Mujer de 60 años, diagnosticada en Marzo del 2002 de meningioma en el ángulo pontocerebeloso derecho; tras su extirpación quedaron restos de tumor que fueron tratados con radioterapia, quedando como secuela la parálisis de varios pares craneales, entre ellos del VI y el VII.

En Noviembre del 2003 se realizó en nuestra Unidad una mioplastia con el músculo temporal derecho para activar la comisura bucal derecha. También fue sometida a cirugía correctora por estrabismo.

En Enero del 2003, la paciente rehusó una intervención quirúrgica para anastomosis hipoglosofacial. En Abril del 2009 se realizó la misma técnica que a la paciente del caso 1 con resultados similares (Fig. 5-9).

En ambos casos la localización del músculo depresor del labio inferior se realizó mediante palpación al ofrecer resistencia contra nuestro dedo que intenta subir el labio, localizándose por debajo del músculo orbicular que es el que contrarresta su acción (3) (Fig. 10).

Para inyectar la toxina, realizamos de 3 a 4 inyecciones en el borde lateral del músculo, a nivel de su porción media. La cantidad de toxina botulínica a inyectar viene dada por la fuerza de contracción del músculo depresor del lado sano (4). De media se inyectan 10 unidades de toxina por cada punción, siendo el resultado evidente a los 4 ó 5 días. Con posterioridad y teniendo en cuenta la dosis previa, puede calcularse la concentración de toxina botulínica según el tiempo de efectividad.

Discusión

La rehabilitación del rostro en una parálisis facial sigue siendo un proceso difícil de resolver en su totalidad. Cada caso debe ser valorado independientemente ya que hay una gran variabilidad en la presentación clínica. El tiempo transcurrido es la clave para determinar la mejor opción quirúrgica y para ello existen varios protocolos (5).

Es de sobra conocido que la aplicación de toxina botulínica en la musculatura facial no paralizada es un procedimiento mínimamente invasivo que mejora la simetría facial tanto en reposo como en movimiento, sobre todo cuando el paciente sonríe, habla o expone la dentadura. La mejoría puede apreciarse incluso después de terminado el efecto, debido a una disminución temporal de la fuerza en el lado sano que hace que se potencien las maniobras de reconstrucción realizadas con anterioridad. El uso de toxina botulínica debe ser un tratamiento complementario después de un adecuado tratamiento quirúrgico (2).

Para el tratamiento de la deformidad residual conocida como *marginal-mandibular lip deformity* (6), existen varias técnicas quirúrgicas que intentan mejorar la apariencia del labio en parálisis faciales unilaterales de larga evolución ya tratadas quirúrgicamente, entre ellas, las transferencias musculares locales de la porción anterior del músculo digástrico, del platísmo, o libres como la del músculo dorsal ancho o del extensor corto de los dedos. También existen técnicas de resección parcial del labio en el lado afecto.

En el lado del rostro no afectado existen técnicas de neurectomía selectiva de la rama marginal o de miomectomía del músculo depresor del labio inferior (6).

La utilización de la toxina botulínica o miomectomía química, es un paso previo a la miomectomía definitiva del músculo depresor del labio inferior no

afecto (7), pero en pacientes con parálisis facial de larga evolución, multioperados y que no puedan acceder a centros especializados en el tratamiento de esta patología o no vayan a ser candidatos a nuevas cirugías, la inyección de toxina botulínica resulta ser un tratamiento muy bien aceptado y mínimamente invasivo, aunque no sea definitivo, pues debe repetirse cada 5 ó 6 meses.

Conclusiones

La utilización de toxina botulínica tipo A está indicada en pacientes con parálisis facial unilateral de larga evolución, con larga historia de operaciones quirúrgicas, para mejorar el defecto estético y funcional. Se trata de una técnica no invasiva que mejora la simetría facial, sobre todo en lo referente a los movimientos del labio inferior y que por lo tanto, mejora la calidad de vida y la autoestima de los pacientes que la padecen.

Dirección del autor

Dra. Cristina Gómez Martín
Hospital Universitario de Getafe
Carretera de Toledo km. 12.500
28905 Getafe, Madrid. España
e-mail: cristinnagm@hotmail.com

Bibliografía

1. Clodius, L.: "Selective neurectomies to achieve symmetry in partial and complete facial paralysis". Br. Plast. Surg. 1976, 29: 43.
2. Salles AG, Toledo PN, Ferreira MC.: "Botulinum Toxin Injection in Long-Standing Facial Paralysis Patients: Improvement of Facial Symmetry Observed up to 6 Months". Aesth. Plast. Surg. 2009, 28.
3. Godwin, Y., Tomat, L., and Manktelow, R.: "The use of local anesthesia motor block to demonstrate the potential outcome of depressor labii inferioris resection in patients with facial paralysis". Plast Reconstr. Surg. 2005, 116: 957.
4. De Maio, M., Ofenböck Magri, I. and Narvaez Bello, C.: "Toxina botulínica: relación entre tipo de paciente y duración del efecto". Cir. plást. iberolatinoam. 2008, 34 (1): 19.
5. Hontanilla Calatayud, B., Aubá Gudea, C., Vila Sobral, A., Castro García, J., San Martín Maya, A., Botellé del Hierro, J., Rodríguez Losada, G., Gómez Ruiz, R., Bazán Álvarez, A.: "Protocolo quirúrgico en la reconstrucción de parálisis facial: nuestra experiencia tras 140 casos tratados". Cir. plást. iberolatinoam. 2008, 34 (3): 185.
6. Breslow G.D., Gabiling D., Kanchwala S. et al.: "Selective Marginal Mandibular Neurectomy for Treatment of the Marginal Mandibular Lip Deformity in Patients with Chronic Unilateral Facial Palsies". Plast. Reconstr. Surg. 2005, 116: 1223.
7. Chen-Kun Ch., Yueh-Bih T.: "Myectomy and Botulinum Toxin for Paralysis of the Marginal Mandibular Branch of the Facial Nerve: A Series of 76 Cases". Plast. Reconstr. Surg. 2007, 120: 1859.