

## Reporte de caso: parálisis facial periférica bilateral postraumática

### Case report: post-traumatic bilateral peripheral facial palsy

Jorge Ignacio Puerta Ayala<sup>1</sup>, Isabel Cristina Vélez Velásquez<sup>2</sup>, Jaime Esteban Alzate<sup>3</sup>, Liliana María Upegui Tavera<sup>3</sup>, Milena Velásquez Parra<sup>3</sup>, Agustín Zapata Acosta<sup>3</sup>

#### RESUMEN

---

La parálisis del nervio facial o del VII par craneal, es una de las neuropatías más frecuentes. Se describe el caso de un paciente con parálisis facial periférica bilateral, secundaria a conmoción cerebral con fractura de base de cráneo y fractura temporal, a quien se le realizó tratamiento médico con esteroides sin mejoría, por lo que se decidió hacerle descompresión quirúrgica del nervio facial, con posterior resolución del cuadro clínico.

**Palabras clave:** parálisis facial; hueso temporal/lesiones; descompresión quirúrgica

#### ABSTRACT

---

Facial nerve palsy is one of the most common neuropathies. The case of a bilateral facial nerve palsy is presented, secondary to cerebral commotion, cranial base and temporal fractures and was initiated on steroids with no signs of improvement, then a surgical decompression of the facial nerve was carried out with subsequent resolution of symptoms.

**Keywords:** facial paralysis; temporal bone/injuries; decompression, surgical

---

<sup>1</sup> Médico Otorrinolaringólogo. Jefe de sección de Otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Docente Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

<sup>2</sup> Médica Otorrinolaringóloga. Hospital Pablo Tobón Uribe y Clínica Universitaria Bolivariana. Medellín, Colombia.

<sup>3</sup> Estudiante de pregrado de Medicina. Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Correspondencia: Jorge Ignacio Puerta Ayala. Correo electrónico: jorgepuerta@yahoo.com

Fecha de recibido: 11 de septiembre de 2009

Fecha de aprobación: 27 de septiembre de 2010

## INTRODUCCIÓN

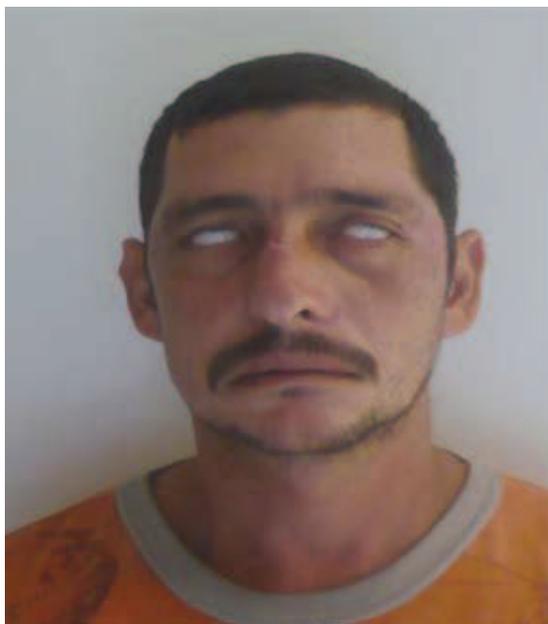
La parálisis facial bilateral postraumática ocupa el segundo lugar en incidencia de lesión nerviosa craneal. Representada en el 8 al 22% de todos los casos. El trauma craneal se presenta aproximadamente en el 75 % de los accidentes de tránsito y de éstos, el 5% cursa con fractura del hueso temporal, que termina produciendo daño axonal en dicho nervio<sup>1-3</sup>. También suele observarse lesión nerviosa en conmoción cerebral sin fractura, debido a la inflamación y al edema secundarios<sup>2</sup>.

La Parálisis Facial (PF) es uno de los signos mayores en las fracturas del hueso temporal. Las lesiones se producen, en la mayoría de las ocasiones, durante recorrido intra-temporal que presenta el nervio facial<sup>1</sup>. Con frecuencia los signos y síntomas inician posteriormente al trauma, aunque se describe en la literatura que pudiera presentarse hasta 2 semanas después del evento<sup>4-6</sup>.

El pronóstico de las complicaciones depende directamente de la severidad del daño nervioso, del tratamiento indicado y su manejo inicial<sup>7,8</sup>. A continuación se reporta el caso de un paciente a quien se le diagnostica parálisis facial bilateral postraumática, que se sale de los parámetros de tratamiento descritos por la literatura para este tipo de lesiones.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 46 años de edad, residente en Medellín (Colombia). Quien es llevado al servicio de urgencias por presentar trauma encefalocraneano (TEC) en accidente de tránsito. En la valoración inicial se encuentra al paciente con trauma en región parieto-temporal izquierda, pérdida de conciencia menor de 5 minutos, otorragia, escala de coma de Glasgow 15/15, incapacidad para la movilización y contracción de músculos faciales, desviación de la comisura labial al lado izquierdo, borramiento del surco nasogeniano derecho, test de Schirmer (evalúa secreción lagrimal) bilateral negativo.



**Figura 1.** Paciente pre tratamiento con los ojos cerrados

Se sospechó con lo observado en el examen físico, una parálisis facial bilateral postraumática, iniciando inmediatamente esteroides (dexametasona 4mg IV cada 6 horas). Se solicita tomografía axial computarizada (TAC) de oído simple y resonancia magnética nuclear de cráneo con contraste (RMN).

La TAC reporta fractura longitudinal del hueso temporal izquierdo, con un hemoseno esfenoidal, sin lesiones parenquimatosas en sistema nervioso central. La RMN contrastada, mostró líquido acumulado en mastoides e indicios de fractura de base de cráneo. Además, una pequeña contusión por contragolpe, hiperintensa cortical del lóbulo temporal derecho.

El paciente fue dado de alta del hospital a los 7 días, cuando completó su ciclo de esteroides, con orden para realizar electromiografía (EMG) facial, cita prioritaria con resultado de examen por otorrinolaringología (ORL) y terapias con fisioterapia.

El paciente consultó por la especialidad de ORL a los 15 días, allí se observó persistencia de la parálisis facial bilateral. La EMG facial evidencia compromiso bilateral de todas las ramas del nervio facial, con lesión tipo neuropraxia, sin signos de denervación, funcionalmente presentando una mínima actividad residual en el músculo frontal izquierdo.

Por no obtener mejoría en su cuadro clínico, se consideró la necesidad de realizar descompresión del nervio facial un mes después del TEC, pasando de una parálisis facial completa a una incompleta –hemiparesia derecha– como se observa en la fotografía.

### DISCUSIÓN

La P.F traumática es producida por una fuerza externa que provoca la alteración del nervio facial (compresión, estiramiento, edema y sección). Existen tres tipos de trastornos que puede sufrir el nervio: Neuropraxia (bloqueo fisiológico, no degeneración walleriana, regeneración sin secuelas), Axonotmesis (compromiso parcial, puede o no regenerarse), y Neurotmesis (interrupción completa del nervio, sin posibilidad



**Figura 2.** Paciente postratamiento con los ojos cerrados

de regenerarse). Las secciones parciales son las más comunes<sup>3,5</sup>.

Las fracturas temporales pueden ser transversales o longitudinales<sup>3-6</sup>. Las fracturas transversales o translaberínticas, causadas por impactos en área frontal u occipital, corresponde del 10 al 20% de las fracturas del temporal, pero se acompañan de parálisis facial en un 60% de los casos, se manifiesta, generalmente, por hipoacusia neurosensorial, hemotímpano y vértigo. Provoca, frecuentemente, parálisis facial completa<sup>3,5,7,11</sup>.

Mientras que las fracturas longitudinales o extralaberínticas, causadas por impactos laterales en el área temporoparietal, corresponden al 80% de las fracturas del temporal, pero se presentan en un 20% de casos por parálisis facial, se manifiestan clínicamente por otorragia, hipoacusia de conducción, perforación timpánica y fistulas de líquido perilinfático, y se asocia, frecuentemente, con parálisis facial incompleta y tardía<sup>7,9-11</sup>.

Presentar parálisis facial incompleta durante la primera semana posterior al trauma es un signo de muy buen pronóstico. En el 100% de los casos su recuperación es total<sup>9,10</sup>. En pacientes con parálisis completa, si al realizarle la EMG muestra un 90% de degeneración, se debe realizar descompresión quirúrgica, en caso de ser menor del 90% será mejor administrar pulsos esteroideos por 5 a 10 días y rehabilitación física; si la parálisis facial persiste se recomienda cirugía de descompresión y exploración, independientemente de la EMG<sup>5,9,10</sup>.

El tratamiento quirúrgico es controvertido por los resultados que en muchas ocasiones son pobres o sólo logran recuperación parcial de la función nerviosa, generalmente se realiza cuando el trauma es penetrante a hueso temporal o cuando se presenta sección total del nervio<sup>2,5,9,11</sup>.

### CONCLUSIONES

En este caso no se realizó descompresión inmediata del nervio porque los hallazgos

imagenológicos y resultados de la electromiografía, eran compatibles con una compresión posiblemente por edema, por tanto, se eligió un tratamiento con manejo médico expectante. Debido a la evolución sin recuperación de la parálisis facial, se realizó descompresión quirúrgica un mes después, se presentó, posteriormente, una mejoría clínica evidente, con resultados satisfactorios para el paciente, se mejoró la simetría facial y funcionalidad motora del nervio.

La parálisis del nervio facial o del VII par craneal, es una de las neuropatías más frecuentes y que la literatura actual cuestiona su manejo quirúrgico. En este caso, se considera que puede ser efectivo para mejorar la calidad de vida del paciente y da pie a que se realicen nuevas investigaciones con el fin de perfeccionar la técnica y considerarla como primera línea terapéutica en pacientes que lo requieran, con el propósito de mejorar su calidad de vida, movilidad facial y simetría.

El presente Reporte de caso cuenta con previa aprobación por parte del Comité de Ética del Hospital Pablo Tobón Uribe. Los autores solicitaron consentimiento informado al paciente del presente artículo para la publicación de su foto y la historia clínica. Dicho consentimiento se encuentra a disposición para revisión por el Comité Editorial de la Revista Medicina UPB.

#### **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

#### **REFERENCIAS**

1. Coker NJ, Salzer TA. The use of masseter electromyography with electroneurography in the evaluation of facial paralysis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1990; 103:391.
2. Morera Pérez C, Marco Algarra J. Lecciones de otorrinolaringología aplicada. Barcelona: Glosa; 2004
3. Rondón Cardoso H. Emergencias en otorrinolaringología. Caracas: AMOLCA; 2007.
4. Williams MJ. Blunt trauma leading to facial nerve paralysis. *J Emerg Med.* 1991; 9 Suppl 1:27-8.
5. Peñaranda San Juan A, García Gómez JM, Pinzón Navarro M. Manual de Otorrinolaringología, cabeza y cuello. Caracas: Amolca; 2007.
6. Marenda SA, Olsson JE. The evaluation of facial paralysis. *Otolaryngol Clin North Am.* 1997; 30:669-683.
7. Nelson EL, Melton LJ 3rd, Annegers JF, Laws ER, Offord KP. Incidence of skull fractures in Olmsted County, Minnesota. *Neurosurgery.* 1984; 15:318-24.
8. Guerrissi JO. Facial nerve paralysis after intratemporal and extratemporal blunt trauma. *J Craniofac Surg.* 1997;(5):431—7.
9. Mañós Pujol M, Nogués Orpí J, Tornero Saltó J, Jiménez Montoya R. Patología del nervio facial y de sus vías centrales: parálisis central. En: Suarez Nieto C, Gil-Caicedo García LM, Marco J, Medina JE, Ortega P, Trinidad J. Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. 2. ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2007. p.1509-1526.
10. Iglesias Moreno MC, González Gimeno MJ, Poch Broto J. Traumatismos y fracturas del oído. En: Poch Broto J. Otorrinolaringología y patología cervicofacial. Madrid: Médica Panamericana; 2005. p. 103-108.
11. Nosan DK, Benecke JE Jr, Murr AH. Current perspective on temporal bone trauma. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997 Jul; 117(1):67-71.