

TRATAMIENTO DE LA PARALISIS FACIAL

por los

DRES. V. POZUELO y A. VILLALBA

I. Las parálisis faciales periféricas suelen ser siempre un problema terapéutico. La variada etiopatogenia de la neuritis que condiciona la parálisis lleva aparejada la dificultad de un tratamiento etiológico único y eficaz.

En realidad, el problema de la parálisis facial periférica puede ser irreversible por sección transversa del nervio, postoperatoria, traumática, tumoral, etc., o reversible, de origen inflamatorio en determinados momentos de su evolución, como todos los procesos inflamatorios. Aunque su progresión haga que, al final, llegada la degeneración secundaria, su cuadro se haga irreversible.

El problema inflamatorio del nervio puede ser intrínseco: la antigua neuritis parenquimatosa, o extrínseco, a expensas de sus cubiertas con infiltración y edema del endoneuro, que comprime y se propaga a las vainas. Tanto en un caso como en otro, juega un gran papel la producción de un edema intersticial, substrato fisiopatológico de todo el proceso.

La situación inflamatoria del nervio puede ser secundaria a reumatismo, al englobamiento del nervio en procesos basílares de cráneo del tipo de tumores, meningitis, focos de fractura, de osteítis, problemas vasculares o hemorrágicos. Ya dentro del acueducto de Falopio, el nervio facial puede ser englobado en inflamaciones agudas o crónicas del oído. Puede ser lesionado el nervio en el curso de intervenciones sobre este órgano, lesión definitiva de sección o de edema de vecindad. Puede también ser lesionado por afecciones de la parótida, antes de la bifurcación terminal.

Por último, puede presentarse como un síntoma más, neurológico, en el curso de infecciones o intoxicaciones generales, como la difteria, anginas, gripe, polineuritis, erisipela, leucemia, diabetes, sífilis, intoxicación saturnina. etc.

Pero, en casi todos los casos, la experiencia de los tratamientos no fué nunca demasiado optimista, ni en rapidez ni en eficacia.

II. El primero de nuestros casos fué el de la hermana política de un compañero nuestro de Madrid. Intervenida correctamente por un cirujano, sobre mastoides, a las treinta y seis horas le aparece una parálisis facial con síndrome gustativo y salivar, completa y de tipo periférico. Sospechándola secundaria a una situación de edema local postoperatorio, recomendamos una terapéutica antiinflamatoria con cortisona, neurotrófica con vitamina B12 1.000 gammas y antibiótica con terramicina.

Recomendábamos la cortisona específicamente por su acción antihialuronidásica local y antiinflamatoria, para lograr una regresión de la situación de imbibición inflamatoria local.

La vitamina B12 a dosis masiva ya la habíamos empleado con buen resultado en casos de neuralgias y artritis reumatoide, observando no solamente una acción antiálgica, sino una verdadera acción neurotrófica, con aumento del tono muscular y de la movilidad de miembros casi completamente perdidos.

El antibiótico de elección fué siempre del grupo de las tetraciclinas, por su gran espectro bacteriano y por su posible acción antiviral.

Al tercer día de la terapéutica, la parálisis comenzó a regresar, haciéndolo totalmente en la primera semana. No ha tenido recidivas y hace vida totalmente normal.

Al segundo caso de nuestra clientela privada, le aparece súbitamente una parálisis facial periférica completa, con síndrome gustativo y salivar e hiperacusia. Aleccionados por el resultado anterior, instituímos la misma terapéutica y la enferma comienza la regresión a las setenta y dos horas, que se completa en nueve días. Era una soltera de treinta años.

El tercero de nuestros casos es un cantante de radio y televisión, a quien súbitamente le aparece una parálisis facial periférica completa, con síndrome de edema facial hemilateral, gustativo y salivar. Instituído precozmente el tratamiento con cortisona, B12 1.000 gammas y tetraciclina, la mejoría comienza a las setenta y dos horas y se completa a los doce días.

El cuarto de nuestros casos corresponde a una mujer casada, de veintisiete años, que súbitamente nota la cara torcida y un gran ruido de oído izquierdo con síndrome salivar y gustativo. Diagnosticada de parálisis facial periférica se le instituye el mismo tratamiento, con mejoría a las setenta y dos horas y desaparición a la semana.

El quinto caso es una enferma enviada por el doctor Jiménez Quesada, con una parálisis facial periférica tras una amigdalectomía y que después ha sufrido una serie de brotes reumáticos que le han dejado como secuela una valvulopatía mitral. Diagnosticada de probable neuritis reumática, se la trató durante cinco días solamente, porque no pudimos proporcionarla por más tiempo los medicamentos, y la mejoría fué casi absoluta. En este momento está haciendo un nuevo ciclo con hidrocortisona.

El sexto caso es una enferma ingresada en la sala 45, de veintiún años, soltera, a las veinticuatro horas del comienzo del cuadro. Informados por los doctores Jiménez Quesada y Moriyón de la ausencia de alteraciones óticas responsables del cuadro, instituimos el tratamiento, comenzando la regresión antes del cuarto día, hasta la casi total recuperación actual, al mes.

Las dosis empleadas han sido uniformes: 100 mg. de cortisona diarios, intramusculares los dos primeros, para insistir con 50 miligramos diarios, hasta la cuarta semana. También a diario hemos inyectado 1.000 gammas de vitamina B₁₂ durante el mismo tiempo, prolongando después el tratamiento con dos inyecciones a la semana. Las tetraciclinas, a dosis de un gramo diario, sólo durante la primera semana.

Pasada la primera semana, recomendamos una sistemática de gimnasia de la musculatura facial, con tres ciclos de movimientos, un grupo de ellos del facial, otro del orbicular de los párpados y otro de los músculos de mejilla y cuello del mismo lado.

Los resultados no han podido ser mejores. Los seis enfermos se han recuperado en plazos que oscilan entre cuatro días y cuatro semanas.

No hemos tenido en ningún caso incidentes ni complicaciones.

COMENTARIO

El primero de los casos, seguramente de edema perifocal postoperatorio, era lógica su recuperación. El de la neuritis reumática, también, dado lo que hoy sabemos de la acción terapéutica de la cortisona. Los otros, con todo el aspecto de las neuritis originadas por parasitaciones virales, me hacen valorar también la acción del antibiótico, que se debe usar en todos los casos.

CONCLUSIONES

Presentamos seis casos de parálisis facial: uno postoperatorio, otro reumático y cuatro de los señalados como virales, resueltos en un plazo de cuatro días a cuatro semanas, con asociación de medicamentos antiinflamatorios, neurotróficos y antibióticos (cortisona, B12 1.000 gammas y tetraciclina).

(*per* "Bol. Inst. Pat. Méd.", 175, 1955.)

Aplicación tópica de acetato de hidrocortisona en el tratamiento de las úlceras aftosas. Bergman. "Dental Digest", vol. 60, núm. 2, págs. 60.

Teniendo en cuenta que el acetato de hidrocortisona puede ser aplicado tópicamente en forma de pomada y que ha sido usado con éxito en el tratamiento de varias enfermedades dermatológicas, se pensó estudiar su efecto en las úlceras aftosas superficiales rodeadas de una zona inflamatoria. Se describen en el presente trabajo 17 casos en los que se utilizó el mencionado agente.

La edad de los pacientes tratados era desde los cuatro a los cincuenta y cinco años; siete varones y diez hembras. En casi todos los casos, las lesiones tratadas eran pequeñas, presentando un centro de color amarillento y un borde hemorrágico rojo brillante.

Se utilizaron dos concentraciones de hidrocortisona, al 1 por 100 y al 2,5 por 100, con base de petrolato. Se aplicó tópicamente en la zona de la lesión alrededor de un cuarto de pulgada de pomada, dando masaje.

Los resultados han sido muy alentadores:

1. De 17 pacientes, 15 respondieron rápidamente a este tratamiento hormonal.
2. En un paciente que no respondió a la terapia tópica, es posible que un tratamiento general con tabletas de hidrocortisona hubiera tenido un efecto más favorable.
3. En el segundo caso de fracaso, la falta de cooperación del paciente pudo haber sido un importante factor.
4. Es interesante notar que, aunque en escala reducida, se observó que la frecuencia de úlceras aftosas es más elevada en las mujeres.
5. Si bien es cierto que no hubo fracasos con el uso de la concentración más baja, en los casos más graves es preferible utilizar la concentración del 2,5 por 100.—J. FONT.