

AFECCIONES DEL NERVIIO FACIAL (*)

por el

DR. FRANK D. LATHROP,
de la Clínica Lahey, Boston

El nervio facial da síntomas en relación con sus componentes motores y sensitivos. De normal función de los primeros depende la expresión particular de la cara. Por otra parte, los signos sensitivos se distinguen por la imprecisión de sus límites, debido a que se distribuyen superpuestas las terminaciones de este nervio con las del trigémino, glossofaríngeo y neumogástrico. Entre otras funciones, el facial lleva las sensaciones gustativas recibidas por los dos tercios anteriores de la lengua, así como también está provisto de las fibras secretorias de las glándulas lagrimales, palatinas, sublinguales y submaxilares.

Trastornos sensitivos

Estas alteraciones se manifiestan por dolor en el oído, de tipo similar al dolor de muelas, intolerable, con proyección a la faringe, la lengua o la cara. Esta última distribución suele estar en relación con herpes del oído externo y parálisis facial, lo que se conoce como síndrome de Hunt.

Neuralgia de ganglio geniculado.—Por el hecho de que el ganglio geniculado se supone estar en la vía sensitiva del facial, con fibras del nervio de Wrisberg, esta afección se conoce también como “tic doloroso del intermediario”. El dolor es muy violento y paroxístico, como el del trigémino, con el cual puede confundirse. Se distingue porque el dolor asienta profundamente en el oído, aunque puede proyectarse a la cara; suele poder hallarse una zona que desencadena los paroxismos en la pared pósterosuperior del conducto auditivo externo, adyacente al ánulo del tímpano. Tampoco se conoce la etiología de esta afección.

El dolor tiene la característica de que nunca se propaga a la faringe o a la lengua, como ocurre en las neuralgias del glossofaríngeo.

(*) “J. A. M. A.”, vol. 153, núm. 1.

También las zonas de desencadenamiento son distintas en esta neuralgia de las de la neuralgia del trigémino, que se descubren en el tercio posterior de la lengua y que se despiertan al lavarse la cara, cepillarse los dientes, al mascar o al tragar.

Como tratamiento médico se ha recomendado la administración de un sedante ligero, con 10 mg. de clorhidrato de tiamina, 50 mg. de ácido nicotínico y 1 g. de carbonato ferroso tres veces al día; pero el alivio completo sólo se conseguirá con la sección intracraneal del nervio intermediario.

Trastornos motores

Las alteraciones de las fibras motoras del nervio facial se manifiestan por parálisis, contracciones o espasmo de los músculos.

Parálisis facial central.—Las lesiones supranucleares de la vía facial no paralizan por completo los músculos que suelen contraerse a la vez en ambos lados, como el frontal, debido a que su inervación bilateral lo impide. Estas lesiones son interesantes porque derivan de focos corticales o en el curso de la vía facial hasta la protuberancia. Las lesiones supranucleares de los pedúnculos o de la cápsula interna producen una parálisis cruzada generalmente relacionada con una hemiplejía. Estas interrupciones suelen deberse a un reblandecimiento arteriosclerótico, pero también se ven en casos de trauma, tumor o inflamación. Las lesiones del tálamo modifican ciertos movimientos involuntarios de la cara, como reír o llorar, más que los voluntarios, mientras que las lesiones más inferiores interfieren con los movimientos voluntarios, en tanto que no se modifican o hasta se exageran las respuestas de los movimientos emocionales.

Parálisis facial congénita.—La parálisis facial aparece inmediatamente o poco después del nacimiento, generalmente como resultado de traumatismo obstétrico o de alteraciones de la evolución embrionológica. Debida la primera a la presión del fórceps sobre la porción extracraneal del séptimo par a la salida del orificio estilomastoideo, suele ser unilateral. La parálisis facial que ocurre en los últimos meses de la gestación por la presión contra el hombro, suele aparecer junto a determinadas asimetrías de la cabeza. Las distocias en las primíparas (en especial si los embarazos son gemelares) pueden ser motivo de parálisis como resultado de la presión del facial sobre el promontorio del sacro. Es posible asimismo una parálisis central por fractura de la bóveda sobre el área del núcleo del facial o por hemo-

rragia en la misma. Esta parálisis congénita es más rara como consecuencia de anomalías embriológicas.

El pronóstico de estos tipos de parálisis centrales congénitas es peor que en los casos en que se trata de lesiones por aplicación del fórceps, que suelen corregirse espontáneamente.

Parálisis de Bell.—La etiología debe buscarse en una alteración del riego sanguíneo del tronco nervioso, pero no se explica que esta isquemia dé lugar a la neuropatía edematosa consecuente. Autores suponen que el edema entre las fibras es el motivo de la parálisis, mientras otros defienden que es la presión exterior por este mismo edema la que causa el trastorno.

La disparidad de opinión respecto al tratamiento es todavía más acentuada: desde no hacer nada en absoluto hasta la intervención quirúrgica. El estímulo eléctrico no causa beneficio alguno a la parálisis.

El clorhidrato de procaína, a la dosis de 4 mg. por kilogramo de peso en un litro de agua destilada, puede ser de utilidad administrado por vía endovenosa al principio de la parálisis de Bell, con el fin de provocar la vasodilatación y así combatir la isquemia; tiene la desventaja de ser de difícil aplicación y resultar caro el tratamiento prolongado. Más ventajas parece tener el ácido nicotínico (de 50 a 100 mg. cuatro veces al día), pues, aunque no tan eficaz en principio, puede administrarse ambulatoriamente y sin interrupción. Si la evolución de la parálisis presenta degeneración axónica, la intervención puede quizás restablecer la circulación y de este modo corregir la parálisis. Otros autores proponen la descompresión del nervio facial; esta decisión se estima indicada si la parálisis es completa y el nervio no responde a la corriente farádica.

No debe decidirse la operación si con la espera no resulta algún perjuicio, pero si la intervención ha de ser eficaz debe ser antes de que tenga lugar la degeneración, o sea, mientras haya respuesta farádica.

Síndrome de Melkersson.—Esta afección se parece a la parálisis de Bell, de la cual se distingue en que la parálisis suele ser recurrente y va acompañada de edema angioneurótico del labio y de plicatura de la lengua. En la fase final hay permanencia del edema de la cara, incluso si ha desaparecido la parálisis.

La etiología se supone ser la misma que la del síndrome de Bell,

pero con éxtasis linfático, inflamación crónica y fibrosis intersticial con manifestaciones neurógenas en el sistema circulatorio de la cara.

El tratamiento es igual al de la enfermedad de Bell; se añadirá la radioterapia o la corrección plástica de los tejidos edematosos.

Terapéutica en la parálisis facial traumática.—Este tipo de lesión, menos frecuente como consecuencia de error operatorio, es, en cambio, más común a causa de heridas (por accidentes de la circulación, industriales o de guerra).

El diagnóstico es clínicamente fácil con el auxilio de la electricidad y los rayos X, después de lo cual el tratamiento se debe encomendar al criterio y habilidad del cirujano, quien puede: a) retrasar la intervención si supone la posibilidad de una mejoría espontánea; b) no intervenir si duda de que es útil; o c) emplear algún procedimiento de los siguientes: descompresión, sutura término-terminal, injerto nervioso o anastomosis de la parte distal del facial con la proximal del nervio craneal adyacente, hipogloso o espinofacial, de preferencia el primero.

Si ninguno de estos procedimientos es aplicable, queda sólo el recurso de la cirugía plástica, la cual puede lograrse con el trasplante de músculos adyacentes inervados por el quinto par, o con un medio que dé soporte mecánico al lado paralizado; si este soporte tiene que ser permanente, nada da mejor resultado que las asas de fascia lata del propio paciente.

Espasmo hemifacial paroxístico

Esta afección, opuesta fisiológicamente a la parálisis, no grave, obliga al paciente a una mueca tan grotesca y de consecuencias psicológicas y hasta económicas tan importantes, que se busca el remedio con cualquier sacrificio. En los casos graves, las contracturas clónicas de ojos y boca son tan intensas que impiden la visión, la palabra y la ingestión de alimentos.

La etiología no es conocida. Algunos autores han supuesto que se trata de un proceso degenerativo del nervio facial por debajo del ganglio geniculado. Esta opinión se apoya en el hecho de que se ven a veces espasmos clónicos de los músculos de la cara en la convalecencia de las parálisis faciales; también Williams es de la misma opinión porque ha encontrado la compresión indudable del tronco del facial cerca del orificio estilomastoideo en algunos pacientes de esta afección al ser operados.

Los paroxismos, que casi siempre empiezan en los músculos de los párpados, se agravan con las emociones, en casos de fatiga y con los movimientos voluntarios de la cara.

El tratamiento médico sólo pretende evitar las circunstancias agravantes con los sedantes. El alivio más completo se obtiene con la inyección de alcohol, la cual se ha abandonado luego a favor de la sección del nervio. Pero si se permite la regeneración nerviosa, la recaída es frecuente, por lo que se ha sugerido que si el espasmo está limitado principalmente al orbicular de los párpados, se seccione esta rama y se desvíe el muñón proximal para evitar la renervación de la porción distal. En otros casos, el estímulo farádico aplicado a las ramas descubiertas hace posible el espasmo, con lo que se logra la sección precisa, sin sacrificar inútilmente las fibras que no intervienen en su desencadenamiento.

Tumores del nervio facial

Los tumores del nervio facial son raros y benignos. Se producen por degeneración del tejido fibroso que se encuentra en la estructura del nervio; se distinguen vagamente como "neurinomas" si su origen está en las células de Schwann, y como "neurofibromas" si están en relación etiológica con el tejido fibroso intersticial o con la vaina del nervio.

La sintomatología y el tratamiento son los mismos, aunque los patólogos discuten acerca de su diferenciación.

La mayoría de estas neoplasias del nervio facial ocurren dentro del acueducto de Falopio, pero algunas asientan en cualquiera de las ramas de distribución del nervio. Al presentarse dentro del hueso temporal, el síntoma fundamental consiste generalmente en la aparición de una parálisis facial lentamente progresiva. Si el asiento está en la cara o en la glándula parótida, el signo más visible es el mismo tumor, el cual no va acompañado de parálisis.

Estos tumores no son invasores, pero son motivo de la destrucción de los tejidos por el aumento de su tamaño. Como su desarrollo es lento, pueden transcurrir varios meses antes de que pueda hacerse un diagnóstico exacto por la biopsia del tejido neoplásico. En ocasiones excepcionales se puede sospechar la presencia del tumor por alteraciones en el oído medio, que pueden ser observadas a través de la membrana del tímpano intacta.

El tratamiento es la extirpación quirúrgica del tumor. Entonces se corregirá la parálisis facial por reparación del nervio con un injerto (si la terminación central es inaccesible) o por anastomosis de la parte distal con el hipogloso o el accesorio del espinal.



Las piscinas

La importancia que se ha dado estos últimos años a las piscinas y a la natación obliga a tratar de la profilaxis inherente a las mismas, que, por otra parte, ha llegado a ser un problema de actualidad. El autor, Garac, trata de las enfermedades y de los medios de evitarlas, refiriéndose particularmente a las características particulares que las piscinas ofrecen.

Estudia principalmente las infecciones intestinales, las infecciones del oído y de los ojos, las de la nariz y vías respiratorias y las infecciones cutáneas y las venéreas. Trata de las medidas a adoptar para evitar dichos contagios, y que resume de la manera siguiente: vigilancia sanitaria sobre la higiene personal y de los trajes de baño; sistema eficiente para recambio continuo del agua; sistema de depuración física y química del agua; condiciones higiénicas que debe reunir la construcción de las piscinas y las fuentes de donde se tome el agua para el suministro a las mismas. Solamente en el caso de que se cumplan todos estos requisitos podrá ser considerada la piscina como un medio para que la juventud pueda disfrutar de la natación en las debidas condiciones.—AMARO. ("L. Med. C.")