

REANIMACIÓN FACIAL UTILIZANDO EL COLGAJO ORTODRÓMICO DE MÚSCULO TEMPORAL Y TENSOR DE FASCIA LATA EN PACIENTE ADULTO CON SÍNDROME DE MOEBIUS

FACIAL RESUSCITATION USING THE ORTHODROMIC TEMPORAL MUSCLE FLAP AND FASCIA TENSOR IN ADULT PATIENT WITH MOEBIUS SYNDROME

Celso Aldana¹, Miguel García Wenninger², José Hernando Sandoval Pérez³

RESUMEN

La parálisis facial produce un déficit tanto en la función como en la estética asociado a una secuela emocional severa y un impacto negativo individual, social y profesional en los afectados. Presentamos el caso de un paciente adulto con parálisis facial izquierda congénita por Síndrome de Moebius; escogimos el colgajo ortodrómico del músculo temporal y tensor de fascia lata sin neurotización en una sola etapa. El objetivo del trabajo consiste en describir la técnica utilizada.

Palabras claves: Parálisis facial, colgajo ortodrómico de músculo temporal.

SUMMARY

Facial paralysis produces a deficit in functionality and aesthetics associated with a severe emotional sequel and an individual, social and professional negative impactation those affected. In our study we present the case of an adult patient with congenital left facial paralysis by Moebius syndrome; We chose the orthodromic flap of the temporal muscle and fascia tensor can without neurotizing in single stage. The objective was to describe the technique used.

Key words: facial paralysis, orthodromic temporal muscle flap.

INTRODUCCIÓN

La transposición de un sistema muscular vital y dinámico en una cara paralizada presenta ventajas biológicas sobre otras técnicas de suspensión que emplean trasplantes musculares de diferentes sitios anatómicos, los cuales se neurotizan con el lado no lesionado contralateral o por medio de injertos de nervios como el sural^{1,2} y aunque en la actualidad tiene un gran auge el empleo de medios microquirúrgicos para ello, los resultados obtenidos son desalentadores para algunos autores.³

OBJETIVO

- Ilustrar con un caso clínico el aporte del colgajo ortodrómico

de músculo temporal y tensor de fascia lata en cirugía de reanimación facial.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de sexo masculino de 52 años de edad, que consultó en la Unidad de Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética del Hospital de Clínicas en mayo del 2018 con diagnóstico de parálisis facial izquierda de larga data.

REPORTE DE CASO

El paciente inicia su padecimiento desde el nacimiento caracterizado por una parálisis facial izquierda, manifestado por ptosis palpebral y desviación de la comisura bucal, también presentó ausencia del músculo pectoral mayor lado derecho y sindactilia en mano derecha (Sx. de Poland). No presentó déficit intelectual en su desarrollo (*Figuras 1, 2 y 3*).

Técnica quirúrgica: La cirugía fue realizada bajo anestesia general, la fascia lata con un tamaño de 14 cm de largo y 2,5 cm de ancho fue obtenida vía incisión en S del muslo izquierdo, el defecto de la fascia fue reparado con sutura continua, previa colocación de drenaje aspirativo que se exteriorizó por contrabertura. La porción facial del procedimiento inició con la identificación del tendón del músculo temporal de lado izquierdo, una incisión de aproximadamente 5 cm siguiendo la línea de implantación del pelo y extendiéndose a la región pre auricular, una pequeña parte del cuero cabelludo es levantado exponiéndose la fascia temporal superficial, la disección se realizó por debajo de la fascia temporal superficial y es abierto con una incisión de T-invertida (2 cm en forma horizontal y 3 cm en forma vertical), exponiéndose la grasa temporal. La capa de grasa es movilizadada para ceder a la porción distal del músculo temporal sobre el arco cigomático. La

Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas. Paraguay

1. Cirujano Plástico. Jefe de la Unidad de Cirugía Plástica.

2. Cirujano Plástico. Staff de la Unidad de Cirugía Plástica.

3. Residente 2º año de Cirugía Plástica. Unidad de Cirugía Plástica.

Autor correspondiente: Dr. José Sandoval: sandovalperez@hotmail.com

Recibido: 15-11-2018 - Aceptado: 03-12-2018



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

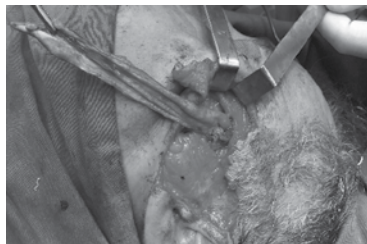


Fig. 7

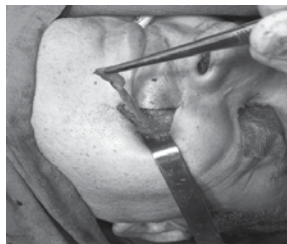


Fig. 8



Fig. 9

porción tendinosa es identificada y es traccionada con un clamp hasta constatar la inserción del tendón proximal en la apófisis coronoides y se realiza la incisión a ese nivel (**Figuras 4, 5 y 6**).

La fascia lata es suturada a la porción tendinosa del músculo temporal con puntos, se realiza una incisión en el surco nasolabial izquierdo exponiendo el músculo orbicular de los labios en su porción superior e inferior y la comisura bucal, se realiza tunelización con la porción temporal y se tracciona la fascia por la incisión nasolabial. La fascia lata es fijada en cuatro localizaciones, uno en la comisura paralizada, otro en el labio superior, y otros dos en el labio inferior, se realiza una hipercorrección intencional por la acomodación postoperatoria. Se realiza el cierre de piel. Se deja drenaje laminar en el lecho que es exterioriza por la herida en la región pre-auricular (**Figuras 7, 8 y 9**).

Evolución: el paciente presenta buena evolución y es dado de alta al 1° DPO, fue mantenido a una dieta blanda por 3 meses y una disminución en líquidos excesivamente dulces y agrios por 3 semanas para disminuir la estimulación de la glándula parótida y la formación eventual de fístulas. El paciente fue instruido para abrir la boca 100 veces al día para prevenir las adhesiones tendinosas.

DISCUSIÓN

La característica de la debilidad de los patrones faciales en los

pacientes con síndrome de Moebius consiste en un involucramiento severo de los músculos de la parte superior facial y moderadamente de la parte inferior.¹ Se asocian otras malformaciones músculo esqueléticas, principalmente de extremidades manos y pies como pies zambos, hipoplasia del músculo pectoral (síndrome de Poland) y algún caso de sindactilia. No conlleva déficit intelectual.

Con respecto al uso del colgajo ortodrómico del músculo temporal el grado de desplazamiento de la comisura labial obtenido en nuestro pacientes coincide con los resultados reportados por otros autores, ya sea con el empleo del colgajo temporal o por técnicas microquirúrgicas.^{2,4,5} Algunos autores^{5,8} reportan haber logrado resultados satisfactorios en cuanto al cierre palpebral, pero no especifican en qué medida. En cuanto al tiempo de inicio de los movimientos, esta técnica tiene ventajas con respecto a las técnicas de trasplantes musculares microvascularizados con neurotización, en los que el inicio de la contracción muscular demora en aparecer de 6 a 12 meses después de la transferencia.

CONCLUSIÓN

El colgajo ortodrómico de músculo temporal y fascia lata puede ser considerado como una herramienta válida en el arsenal terapéutico de la reanimación facial.

REFERENCIAS

1. Verzijl HT, Valk J, de Vries R, Padberg GW. Radiologic evidence for absence of the facial nerve in Möbius syndrome. *Neurology* 2005; 64:849-55.
2. Baker D. Parálisis Facial. Mc Carthy J. Texto de Cirugía Plástica: la cara. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1992. Pp.1337-414.
3. Cordeiro P, Wolfe SA. The temporalis muscle flap revisited on its centennial: advantages, newer uses and disadvantages. *Plast Reconstr Surg* 1996; 98:980.
4. Kazuki U, Kiyonori H, Astsushi Y. Free neurovascular muscle transplantation for the treatment of facial paralysis using the hypoglossal nerve as a recipient motor source. *Plastic Reconstr Surg* 1994;94:808-17.
5. Koshima I, Tsuda K, Hamanaka T, Moriguchi T. On estagere construction of established facial paralysis using a rectus abdominis muscle transfer. *Plast Reconstr Surg*. 1997;99:234-8.
6. Koshima I, Manguchi T, Soeda S, Hamanaka T, Tanaka H, Otha S. Free rectus femoris muscle transfer for on estagere construction of stable facial paralysis. *Plastic Reconstr Surg* 1994; 94: 421-9.
7. Harrii K, Ohmori K, Torii S. Free gracilis muscle transplantation with micro neurovascular anastomosis for the treatment of facial paralysis. *Plast Reconstr Surg*. 1976;57: 133.
8. Kumar AV. Cross face reanimation of the paralyzed ace with a single stage of micro neurovascular gracilis transfer without nerve graft: a preliminary report. *Br J Plastic Surg*. 1995;48:83-8.