

Trabajo del Instituto Traumatológico — Director: Prof. Dr. José Luis Bado. —
Del Servicio de Cirugía Plástica — Jefe del Servicio: Dr. Héctor Ardao y
del Servicio de Clínica Quirúrgica Infantil — Director: Prof. Dr. Ricardo Yannicelli

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES DE LA RAMA INFERIOR DEL NERVIOS FACIAL (*)

Dr. Jorge De Vecchi

Nos ha parecido de interés traer a esta Sociedad el tratamiento de una lesión relativamente frecuente en clínica y que provoca serios trastornos desde el punto de vista estético. A los efectos de comprender exactamente la semiología y el tratamiento de este síndrome, analizaremos la Anatomía, la Fisiología y la Fisiopatología de la mímica facial.

Anatómicamente (fig. 1) la mímica facial está asegurada por un sistema de músculos que es posible dividir en dos grandes grupos:

1º Un esfínter ocular con un sistema de músculos accesorios cuyo papel fundamental es cerrar el ojo con la finalidad de proteger el globo ocular durante el sueño y que en este momento no haremos más que mencionarlo.

2º Un esfínter, el orbicular de los labios, a cuyo conjuro anatómico y fisiológico concurren un sistema de músculos de forma groseramente radiada siendo el orbicular el centro de todos ellos. Constituyen el sistema muscular fundamental de la cara cuya función preside en un primer momento la succión, elemento fundamental en el comienzo del desarrollo del individuo. Desarrollado éste, sus funciones aseguran la expresión de toda la vida emotiva, el amor, el odio, el desprecio, la ira, etc.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 8 de marzo de 1959.

Este sistema de músculos se puede esquematizar (fig. 1):

A) En un sistema de músculos que elevan el labio superior, denominados en la nomenclatura anatómica moderna, cuadrado del labio superior, cuyas fibras son perpendiculares al labio y se entrecruzan con las fibras extrínsecas del orbicular.

B) Músculo zigomático mayor y menor de fibras oblicuas hacia abajo y adentro.

C) El buccinador de fibras horizontales.

D) El risorio, músculo atrófico cuyas fibras se dirigen hacia arriba y adentro, de acción fisiológica inversa a los zigomáticos.

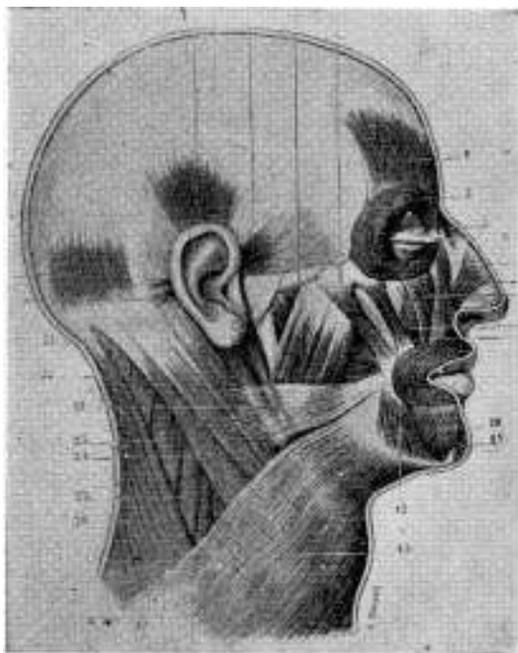


FIG. 1. — Músculos cutáneos de la cara. Grupo superficial. (Tomado de Testut - Latarjet).

E) El triangular de los labios y el cuadrado del labio inferior, especialmente el segundo, cuyas fibras son perpendiculares al músculo orbicular. Es justamente este sistema de músculos (fig. 2) los que constituyen el núcleo de nuestra presentación de hoy.

El músculo orbicular de los labios es un sistema constituido por dos clases de fibras, las externas, formadas fundamentalmente por fibras de los músculos vecinos que acabamos de analizar y

las internas denominadas músculos incisivos y que son cuatro haces, dos superiores y dos inferiores.

FISIOLÓGICAMENTE los músculos actúan de acuerdo a un verdadero mecanismo sinérgico donde el centro es el músculo orbicular. Este en calidad de esfínter proyecta los labios hacia adelante asegurando la succión en el niño y el beso en el adulto simbolizando en la primera etapa la nutrición y en la segunda



FIG. 2. — Músculos triangular de los labios y cuadrado del labio inferior. Obsérvese que el verdadero depresor es el cuadrado del mentón. (Tomado de Testut - Latarjet).

cualquier clase de amor. En el sujeto normal los músculos externos al orbicular actúan como estabilizadores y permiten la proyección del labio hacia adelante en forma simétrica. Es un verdadero sistema que actúa en conjunto.

El cuadrado del labio superior lleva el labio directamente hacia arriba. El zigomático mayor y menor hacia arriba y afuera. El buccinador directamente hacia afuera. Con los dos anteriores es la base de la risa en la que colabora accesoriamente el risorio.

El último sistema lo constituyen los músculos depresores (fig. 2) de los cuales el triangular lleva el labio hacia afuera y abajo en tanto que el cuadrado lo lleva directamente hacia abajo.

Mientras que el primero se inserta por un tendón cordiforme, el segundo lo hace en toda la amplitud de su ancho ocupando los dos tercios externos de cada hemilabio inferior. Como veremos después es fundamentalmente la ausencia de contracción de este músculo la base fisiopatológica de la mueca cuya desaparición constituye la base de nuestro trabajo.

FISIOPATOLOGIA. — Los músculos de la cara tienen como única inervación motora el nervio facial. En general la contrac-

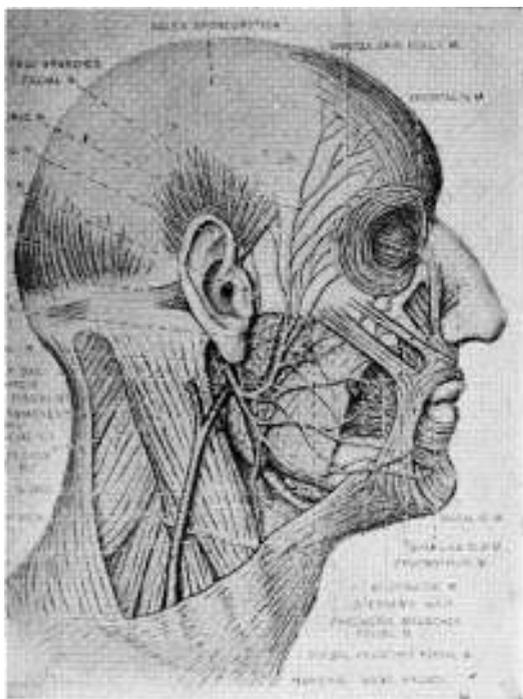


FIG. 3. — Anatomía del nervio facial. Se observa bien el ramo marginal y cervical. (Tomado de Sappiro: anatomía máxilo-facial).

ción de los músculos faciales es bilateral y simétrica, dándole a la mímica una unidad armónica. Es difícil la contracción aislada intencional de un determinado músculo y en la expresión de la emoción la contracción de los músculos es casi automática. Es mérito relevante de la escuela argentina con Marino y Nicklison a la cabeza haber demostrado que los trastornos de la mímica producidos por una parálisis facial residen en un doble hecho patológico. Por un lado hay elementos relacionados con la

parálisis en sí y por otros elementos vinculados con modificaciones en la fisiología del lado sano caracterizados por predominio de un sistema de músculos. En unos casos es el cuadrado del labio superior, en otros son los zigomáticos, el risorio, etc. Esta contracción independiente de un sistema de músculos origina *muecas*, es decir, desviaciones patológicas en el lado sano y creando desgraciadas deformaciones de la mímica.

El *nervio facial* se divide (fig. 3) en dos ramas, una superior que inerva los músculos de la frente, ojos, mejillas y orbicular; es el llamado facial superior. En general sus ramas están anastomosadas constituyendo una especie de plexo. De esta rama recordemos que la más inferior (fig. 3) es el denominado nervio bucal, que pasa inmediatamente por encima del ángulo del maxilar y que luego transita en el espesor de la aponeurosis maseterina.

La rama inferior, denominada facial inferior o rama cérvico-facial continúa la dirección del tronco del nervio, desciende inmediatamente por detrás de la rama montante envuelto en lóbulos de la parótida dividiéndose frente al ángulo del maxilar en dos ramas:

Una rama superior denominada nervio marginal por los americanos que como indica su nombre corre paralelo al borde inferior del maxilar y luego de cruzar la arteria y la vena facial termina en el triangular de los labios y el cuadrado del mentón. Su lesión produce la parálisis de estos músculos y el predominio de los opuestos. *La rama inferior* denominada nervio cervical por los americanos termina en el cutáneo del cuello.

Etiología de las lesiones del facial inferior.

Este nervio transcurre en una zona relativamente amplia y expuesta de la cara cubierto por la piel y el cutáneo del cuello y por fuera de la aponeurosis superficial. Contrae íntimas relaciones con los ganglios submaxilares y los vasos faciales. Sus lesiones pueden dividirse en dos grandes grupos: quirúrgicas y no quirúrgicas. Las primeras son muy frecuentes y pueden ser clasificadas en evitables e inevitables. Son evitables las lesiones que produce el cirujano al intentar abordar el ángulo o la rama horizontal del maxilar. A nosotros nos sucedió en un caso en una fractura antigua de maxilar inferior. Es necesario buscar esta lesión del nervio antes de operar el enfermo, pues la rama ner-

viosa puede estar incluida en el foco de fractura conjuntamente con el músculo masetero. La lesión puede ser evitada si la incisión de piel corre lejos del borde inferior del maxilar y el abordaje del hueso es efectuado con precaución. Los argentinos de la escuela de Finochietto se han ocupado particularmente de este problema y han descrito un triángulo de seguridad. Las inevitables son aquellas producidas en los vaciamientos ganglionares submaxilares donde la disección estará proscripta en homenaje a leyes mucho más importantes de cancerología.

El cirujano arrasa con el nervio y es en estos enfermos en

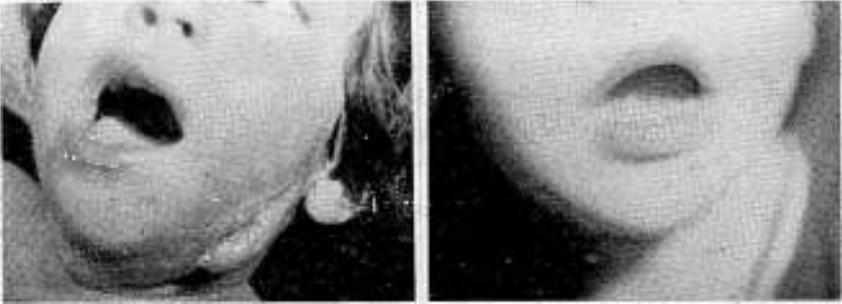


FIG. 4. — Niña con herida de cara por vidrio. Se ve bien la depresión del lado sano. En el post-operatorio se ve la apertura normal.

quienes puede estar indicada particularmente la operación que propiciamos en este trabajo.

Dentro de las causas no quirúrgicas figuran todas las heridas de cara ya sea heridas cortantes (fig. 4) o por arma de fuego (fig. 5).

Clinicamente toda la semiología (Figs. 4, 5, 6 y 7) reside en una mueca caracterizada por una depresión exagerada del labio normal. Es una deformación esencialmente dinámica y que aparece únicamente cuando el sujeto habla y especialmente cuando abre la boca.

Para el observador no entrenado (Fig. 5) parece patológico el lado sano.

Los enfermos se quejan de que en algunas oportunidades pierden líquido durante las comidas. Como tantos hechos fun-

damentales de la clínica no aparecen espontáneamente debiendo ir el cirujano en busca de la deformación.

Muchos enfermos inteligentes tienen la percepción de la

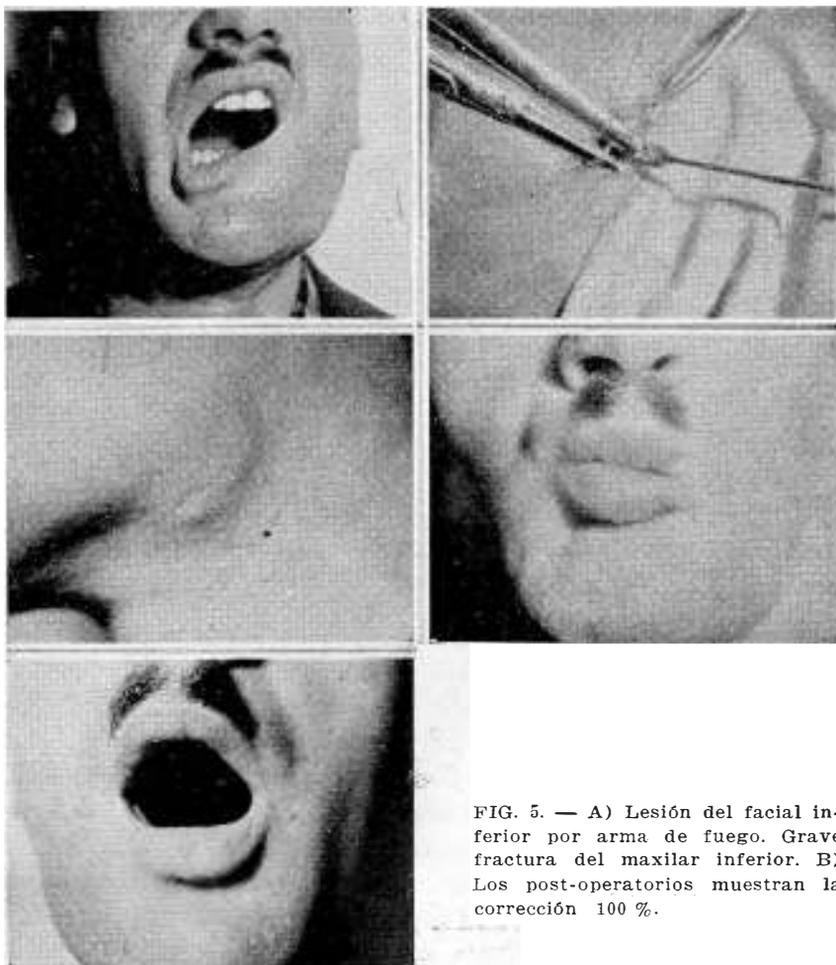


FIG. 5. — A) Lesión del facial inferior por arma de fuego. Grave fractura del maxilar inferior. B) Los post-operatorios muestran la corrección 100 %.

parálisis y que ellos describen en una sensación desagradable al abrir la boca localizándola en el lado sano.

Tratamiento:

1º) En las heridas cortantes de la cara (Fig. 4) un cirujano entrenado en la sutura de nervios puede y debe intentar la sutura. Nuestro caso era una niña de tres años quien dos horas

antes había sufrido herida de mejilla izquierda con un vidrio. Al observarla llorar hicimos inmediatamente el diagnóstico de sección de la rama inferior del nervio facial. Con anestesia general, buena luz y lupa, intentamos la sutura nerviosa. El cabo distal lo encontramos disecando la arteria facial, el cabo proximal fuimos a buscarlo atrás del ángulo del maxilar. Se suturó con seda siete ceros protegida por un segmento de tubo de polietileno. La foto post-operatoria (Fig. 4) muestra una recuperación de casi el 100 %. Creemos que este caso es particularmente instructivo considerando que algunos autores de gran jerarquía aconsejan no intentar la sutura por dificultades técnicas.

2) En las lesiones antiguas o en aquéllas en las que se sospecha una lesión muy compleja de la rama nerviosa efectuamos la operación descrita por primera vez por Marino y que consiste en la neurotomía del facial inferior del lado sano. La paralización del lado opuesto hace desaparecer la mueca y con ella el más grave trastorno de esta lesión nerviosa.

Recordemos que el facial inferior nada tiene que ver con el músculo orbicular y que por lo tanto no hay una alteración sensible en la fisiología de éste. El sujeto pierde algo de la mímica pero también pierde un gesto desgraciado.

Operación:

La efectuamos habitualmente con anestesia local cuidando de anestesiar solamente el tejido celular subcutáneo para no paralizar el nervio.

La incisión (Fig. 5) no tiene por qué ser más de doce milímetros y la situamos inmediatamente detrás del ángulo del maxilar ligeramente cóncava adelante. Como todas las incisiones en esta región es esencial marcarlas con azul de metileno antes de hacer la infiltración anestésica, pues ésta modifica groseramente la región.

Incindida la piel se hace hemostasis y se descubre el cutáneo del cuello, cuyas fibras son divulsionadas longitudinalmente cayendo en un tejido celular retromuscular, en donde la excitación nerviosa permite descubrir el nervio.

Nosotros habitualmente nos manejamos con anatomía disecando cuidadosamente.

Esta disección nos permite individualizar dos filetes nervio-

sos (Fig. 5) uno delgado superior, el nervio bucal y otro más grueso inferior, el nervio de Jaffé.

La excitación mecánica muestra la contracción de los músculos del mentón.

Resecamos un buen centímetro de nervio. Desde este momento el enfermo tiene su problema resuelto. Cierre por planos.



FIG. 6. — Lesión del facial inferior accidental durante un curetage óseo en otro Servicio. Fotos pre y post-operatorios.

3º) En las escuelas de parálisis faciales Nicklison (Fig. 7) aconseja la resección del músculo cuadrado del mentón por vía endobucal. Para ello se expone la cara posterior del labio, se incide la mucosa y se disecciona el músculo cuadrado del mentón y

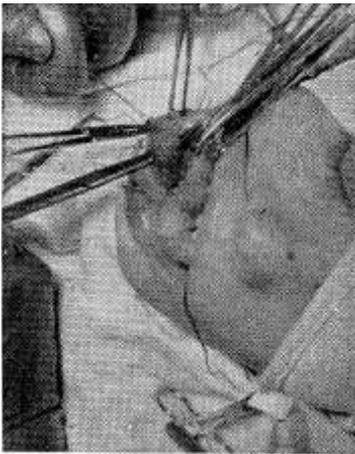
triangular de los labios, reseccándole no menos de un centímetro de músculo. Nosotros hemos efectuado esta operación en el caso de la figura 7. Tenemos la impresión de que de cualquier modo,



A



B



C



FIG. 7. — Parálisis facial de tipo congénito. A) Foto pre-operatorio. B) Operación: expresión del labio. C) Operación: expresión del triangular y cuadrado. D) Fotos post-operatorias.

es superior la neurtomía del lado sano. Recuérdese que siempre es posible en las resecciones musculares la formación de un callo que pueda hacer recidivar la deformación.

Nosotros estamos trabajando para sustituir la operación de Nicklison, la resección muscular por una neurotomía selectiva que naturalmente obliga en el caso del facial superior a una especializada disección. Estos trabajos serán motivo de una nueva presentación en esta Sociedad.

BIBLIOGRAFIA

- NEAL OWENS, M. D. — *Plast. and Rec. Surgery*, 2:25, 36; 1947.
SCHULTZ, L. and FOWLER, E. — *Plastic and Rec. Surgery*, 2:538, 548; 1947.
NEAL OWENS, M. D. — *Plastic and Rec. Surgery*, 6:345, 351; 1950.
NEAL OWENS, M. D. — *Plastic and Rec. Surgery*, 7:61, 71; 1951.
HANS BRUNNER, M. D. — *Plastic and Rec. Surgery*, 8:390, 395; 1951.
COLLIER, J. — *British of Plastic Surgery*, 5:243, 246; 1953.
MATTHEWS, D. — *British Jour. of Plast. Sur.*, 5:253, 258; 1953.
BATTLE, R. — *British of Plast. Surg.*, 5:247, 252; 1953.
CLARKSON, P. — *British Jour. of Plast. Surg.*, 5:259, 262; 1953.
Mc LAUGHLIN, C. R. — *Plastic and Rec. Surg.*, 11:302, 314; 1953.
HARRIS, M. D. — *Plastic and Rec. Surg.*, 13:193, 203; 1954.
SCHULTZ, L. — *American Jour. of Surg.*, 90:901, 904; 1955.
NIKLISON, M. D. — *Plast. and Rec. Surg.*, 17:276, 293; 1956.
BACKDAHL, M. and D'ALESSIO, E. — *Plast. and Rec. Surg.*, 21:211, 213; 1958.
RAGNELL, M. D. — *Plast. and Rec. Surg.*, 21:214, 222; 1958.
SAPPIRO. — *Anatomía maxilo facial.*
TESTUT-LATARJET. — *Tratado de anatomía descriptiva.*
BROWN, J. B. — *Ann. Surg.* 109:1016; 1959.
MARINO, H. — *Surg. Gyn. & Obst.* 96:433; 1953.
MARINO, H. — *Anales del VI Cong. Latino Am. de Cirugía Plástica.* Asunción, 1952.
MARINO, H. — *Soc. de Oftalm. de Bs. Aires.* 18:VIII, 1948.
MARINO, H. & ALURRALDE, A. — *Bol. a Trab. Acad. Arg. Cir.* 33:177; 1949. *Prensa Med. Arg.* 36:2074; 1949. *Brit. J. of Pl. Surg.* 3:56; 1950.