

SANCHO SERRANO, E. M.
 ESCORIAL SANZ, O.
 ABENIA INGALATURRE, J. M.
 RIVAS RODRÍGUEZ, P.
 ROYO LÓPEZ, J.
 JIMÉNEZ GOSA, F.

Parálisis facial secundaria a cuerpo extraño en el conducto auditivo externo

Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza.
 Servicio ORL.

Resumen:

Se presenta el caso de un paciente varón de 71 años, con parálisis facial periférica derecha y antecedentes de otitis media crónica colesteatomatosa tratada quirúrgicamente hace 10 años mediante mastoidectomía radical. Se describe la exploración y pruebas diagnósticas utilizadas así como la resolución del caso con la limpieza de la cavidad radical.

Palabras Clave: Parálisis facial, otitis media crónica, colesteatoma.

Summary:

A case of right facial paralysis in a 71 year old man, with right cholesteatoma and mastoides surgery 10 years ago, is presented. The clinical exploration, diagnosis and treatment by cleaning of mastoides cavity and middle ear are exposed.

Key words: Facial paralysis, chronic otitis media, cholesteatoma.

Introducción:

La parálisis facial otógena ocurre casi siempre en el curso de una otitis media crónica colesteatomatosa. El nervio se afecta por la invasión o la compresión del conducto de Falopio por el colesteatoma, o el tejido de granulación que lo envuelve. La clínica es la de la parálisis facial periférica añadida a la del proceso ótico desencadenante y su diagnóstico preciso requiere una exploración minuciosa, completada por las imágenes de la tomografía computerizada, que muestran el alcance de la lesión y determinan el tratamiento a seguir.

Caso Clínico:

Varón de 71 años de edad que acude al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital por presentar un cuadro de cefalea tèmoro-parietal derecha desde hacía tres días, acompañada de parálisis facial derecha de horas de evolución.

Refería historia previa de consumo de tabaco y alcohol moderado, hipertensión arterial e intervención quirúrgica por úlcus gástrico perforado. Entre sus antecedentes ORL: amigdalectomía y timpanoplastia derecha, radical mastoidea en 1979, por otitis media crónica colesteatomatosa.

En la exploración practicada en urgencias sólo se encontró una parálisis facial periférica derecha, grado III de House, con secreción lagrimal, salival y gusto conservados y discreta disartria por la desviación de la comisura bucal.

En la otoscopia se apreció una masa blanquecina en C.A.E. y otorrea en oído derecho, y un tímpano escleroso y adherido a promontorio en el oído izquierdo.

Dados los antecedentes de otitis colesteatomatosa y la clínica, se decide ingreso para tratamiento con cefalosporinas de 2ª generación, gentamicina, metilprednisolona y vitamina B intravenosas, y gentamicina más dexametasona tópicas en oído derecho. Se solicita tomografía computerizada cerebral

y de peñascos urgente.

El estudio tomográfico reveló ocupación de oído medio derecho por tejido blando, desde mastoides hasta trompa, con dudosa erosión de la pared lateral del conducto semicircular externo y posible englobamiento del nervio facial en su porción timpánica. Se apreciaba también destrucción y desaparición de la cadena osicular. No había destrucción del tegmen timpani, ni prolongación intracerebral. (Fig. 1 y 2). En el oído izquierdo se detectó una opacidad-ocupación ático-antral con retracción de la membrana timpánica, sin erosiones, ni destrucciones de la cadena osicular en relación con otitis media no colesteatomatosa. El TC cerebral fue normal.

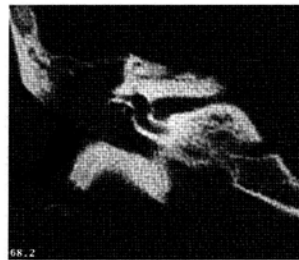


Figura 1. TC de peñasco del oído derecho en el momento del ingreso.



Figura 2. Ocupación de todo el oído medio derecho.

Evolución:

El electroneurograma facial realizado demostró bajas amplitudes y aumento de las latencias derechas, con un "blink reflex" presente que era compatible con buen pronóstico. Con el tratamiento médico instaurado la parálisis facial mejoró algo, pero tras la aspiración del C.A.E. derecho la remisión fue completa. En dicha aspiración se extrajeron restos de pieles de conducto así como un cuerpo extraño consistente en un tapón de cera artificial que el

paciente se había introducido días antes. En la cavidad residual quedaban restos de escamas de colesteatoma en el ático. Se practicó nueva tomografía de peñascos, tras la limpieza, apreciándose solamente algunos restos de tejido blando en el ático de la cavidad derecha. (Fig. 3 y 4).



Figura 3. Oído derecho tras limpieza del cuerpo extraño.



Figura 4. Cavidad radical limpia.

Tratamiento quirúrgico:

A pesar de la remisión de la parálisis se practicó revisión quirúrgica de la cavidad radicalizada, mediante incisión retroauricular y limpieza de antro y ático de restos de escamas de colesteatoma, no apreciándose dehiscencia facial y quedando la cavidad limpia y recubierta de epitelio. Se realizó meatoplastia amplia.

Revisado después en nuestras Consultas Externas, la parálisis facial ha remitido completamente y la cavidad de mastoidectomía permanece limpia.

Discusión.

La parálisis facial periférica es una de las mononeuropatías más frecuentes y casi siempre su lesión está en su trayecto intratemporal. Las causas son múltiples: esencial, infecciosa, (viral o bacteriana), secundaria a otitis media, yatrógena, traumática o tumoral.(1).

A pesar de los tratamientos antibióticos, la frecuencia de las parálisis faciales otógenas es del 1% en el curso de las otitis medias crónicas, siendo el colesteatoma la causa más común (70-80% de los casos).(2,3). Cuando no existe otorrea, la

afectación del nervio puede ser recuperable ya que sólo hay una neuroapraxia con inflamación del perineuro, mientras que si se produce supuración, es más probable la destrucción del nervio, siendo el proceso irreversible.

La erosión suele producirse en la 2ª porción y el 2º codo del acueducto de Falopio (4,5), por la presión que ejerce la masa del colesteatoma y por la acción del tejido de granulación que lo envuelve, así como por los enzimas proteolíticos liberados en el contexto de la inflamación crónica existente. (6).

La clínica de la parálisis facial otógena es la misma que la de una parálisis facial periférica, a la que se añaden los signos y síntomas propios del proceso ótico causal. La historia clínica, con la exploración general y ORL, incluida la otoneurológica, las pruebas electrofisiológicas, la exploración de la secreción lagrimal, salival, del gusto, los estudios serológicos y las imágenes tomográficas computarizadas de los peñascos, de gran eficacia diagnóstica (7), topografían la lesión y orientan el tratamiento.

El diagnóstico diferencial se hará con el carcinoma de oído medio, en caso de dolor intenso, evolución tórpida y otorragia.

El tratamiento y el pronóstico de las parálisis facial otógena dependerán del tipo de proceso ótico causal. En el caso de una otitis media aguda, la paracentesis y el tratamiento antibiótico pueden ser suficientes con un buen pronóstico de recuperación. Si la parálisis es secundaria a un proceso crónico, la indicación es quirúrgica, para eliminar las lesiones de las cavidades óticas y las que existan en el acueducto del facial. (8).

En el caso que nos ocupa, el mal control postoperatorio del paciente, ya que tras la mastoidectomía practicada en el año 79 no acudió regularmente a los controles postquirúrgicos, hizo que el acúmulo de secreciones y escamas en la cavidad radical, además de la introducción del tapón de cera, desencadenara la parálisis facial por compresión del canal de Falopio. Hay que hacer hincapié en la importancia del seguimiento de estos pacientes tratados radicalmente, ya que aunque la probabilidad de recidiva del colesteatoma es menor, existe. La realización de una amplia meatoplastia tras la mastoidectomía radical, ayudará al mejor control evolutivo de las cavidades, disminuyendo el riesgo de complicaciones como la de este paciente.

Bibliografía.

- 1.- Quesada Marín P, Navarrete Álvaro ML. Parálisis facial. En: Abelló P, Traserra J. Otorrinolaringología. Barcelona, Doyma S.A. 1992; 181-186.
- 2.- Cudennec Y, Poncet JL, Verdale P, Buffe P. Complications locorégionales des otites. *Encycl Méd Chir Oto-rhino-laryngologie* (Elsevier, Paris) 1995; 20-135-A-10.
- 3.- Nissen AJ, Bui H. Complications of chronic otitis media. *Ear Nose Throat J* 1996 May; 5: 284-92.
- 4.- Altuntas A, Unal A, Aslan A y cols. Facial nerve paralysis in chronic suppurative otitis media: Ankara Numune Hospital experience. *Auris Nasus Larynx* 1998 May; 2: 169-72.
- 5.- Cenjor C. Complicaciones de las otitis medias crónicas. En: Algaba J, Cenjor C, Ciges M, Gavilán J, Quesada P. *Manual de Otorrinolaringología*. Madrid, McGraw-Hill-

Interamericana. 1998; 71-78.

6.- Dew LA, Shelton C. Iatrogenic facial nerve injury: prevalence and predisposing factors. *Ear Nose Throat J* 1996 Nov; 11: 724-9.

7.- Arellano B, González FM, Pinilla MT y cols. Eficacia del diagnóstico por imagen en la otitis media crónica. *Acta Otorrinolaring Esp* 1996; 47 (6): 435-7.

8.- Pulec JL, Deguine C. Attic cholesteatoma with facial palsy. *Ear Nose Throat J* 1997 Feb; 2: 68.

Correspondencia:

Eva M. Sancho Serrano. Servicio ORL. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Avda. San Juan Bosco 15. 50009-Zaragoza.