

Parálisis facial permanente tratada mediante técnica de labbé modificada

Igor Miño S.¹, Víctor Herrera-Barraza¹, Gabriela González M.¹, Hayatt Silva S.¹

Permanent Facial Paralysis treated with modified Labbé's technique

Facial paralysis (FP) is a condition that affects the motor function of facial muscles, causing significant limitations in the quality of life of patients. This study presents a case of a 24-year-old woman with permanent idiopathic FP, addressed through a modification of the Labbé surgical technique. A thorough evaluation was conducted, and the surgery was planned, executed with a bicoronal approach and an intraoral incision to minimize visible scarring. The technique allowed for the transposition of the temporal muscle to the perioral musculature, facilitating voluntary contraction and improving facial dynamics. Additionally, a kinesiological rehabilitation program was implemented, focusing on sensory stimulation and muscle reeducation, achieving improvements in the patient's mobility and quality of life. Six months postoperatively, the patient showed functional and aesthetic recovery, highlighting the importance of comprehensive rehabilitation in the treatment of FP. This case demonstrates that the modified Labbé technique is effective in restoring facial function, emphasizing the significance of a multidisciplinary approach in the management of permanent FP.

Keywords: maxillofacial surgery; facial reanimation; facial paralysis; public health.

Resumen

La parálisis facial (PF) es una patología que afecta la función motora de los músculos faciales, causando limitaciones importantes en la calidad de vida de los pacientes. Este estudio presenta un caso de una mujer de 24 años con PF idiopática permanente, abordada mediante una modificación de la técnica quirúrgica de Labbé. Se realizó una evaluación exhaustiva y se planificó la cirugía, la cual se ejecutó con un abordaje Bicoronal y una incisión intraoral para minimizar las cicatrices visibles. La técnica permitió la transposición del músculo temporal hacia la musculatura Perioral, facilitando una contracción voluntaria y mejorando la dinámica facial. Complementariamente, se implementó un programa de rehabilitación kinesiológica que abordó la estimulación sensitiva y la reeducación muscular, logrando mejoras en la movilidad y la calidad de vida de la paciente. A los seis meses postoperatorios, la paciente mostró recuperación funcional y estética, resaltando la importancia de la rehabilitación integral en el tratamiento de la PF. Este caso demuestra que la técnica de Labbé modificada es efectiva para restaurar la función facial, enfatizando la importancia de un enfoque multidisciplinario en el manejo de la PF permanente.

Palabras clave: cirugía maxilofacial; reanimación facial; parálisis facial; salud pública.

¹Hospital Dr. Carlos Cisternas, Calama, Chile.

Recibido el 2025-03-06 y aceptado para publicación el 2025-04-14

Correspondencia a:

Dr. Víctor Herrera-Barraza
dr.victorherrera@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



Introducción

La parálisis facial (PF) es la pérdida de la función motora de los músculos de la expresión facial, inervados por el nervio facial. Es una patología desafiante del territorio maxilofacial, con diversos tratamientos según la gravedad del caso. La afectación del VII par craneal, mayormente es de presentación unilateral¹. Esta patología puede ser de aparición

temprana, tardía² o permanente³, sus causas están relacionadas con procedimientos quirúrgicos, estrés, traumatismos, o presentarse de forma idiopática³. Los tratamientos para la PF abarcan desde el manejo farmacológico y la fisioterapia² hasta injertos nerviosos y procedimientos quirúrgicos³, como la mioplastia del músculo temporal (MT). La PF afecta significativamente la calidad de vida del paciente, con síntomas como hipotonía muscular, dificulta-

des para el habla, queratitis y epífora ocular, entre otros⁴. Ante una PF, es fundamental llevar a cabo una evaluación diagnóstica para confirmar una PF permanente. Una vez diagnosticada, el enfoque terapéutico debe ajustarse a las características individuales del paciente, tales como sus expectativas, edad y comorbilidades⁵, considerando intervenciones invasivas.

La técnica de Labbé consiste en una mioplasia del MT mediante su desinserción de la fosa temporal, con el objetivo de alargar el fascículo muscular hacia la comisura oral y fijarlo en la musculatura perioral⁶, permitiendo movimientos de contracción voluntaria y, en algunos casos, la recuperación de una sonrisa emocional⁵. La primera serie de casos de este tipo publicada en Chile, fue descrita en el estudio de Campos et al⁵, del año 2006, con la técnica original (incisión en surco nasogeniano). El objetivo de este estudio es presentar el tratamiento de un paciente con PF permanente idiopática, abordado mediante la técnica quirúrgica de Labbé con una modificación intraoral, la cual no ha sido previamente descrita en la literatura científica.

Descripción de caso y técnica quirúrgica

Paciente de sexo femenino de 24 años de edad, acude a equipo de cirugía maxilofacial del Hospital Dr. Carlos Cisternas de Calama, Chile, derivado desde la atención primaria de salud, con motivo de consulta de PF permanente idiopática desde nacimiento. Sin antecedentes médicos relevantes, intervención quirúrgica de apendicectomía el año 2019, uso de anticonceptivos inyectables mensuales, refiere alergia a la codeína. Al examen físico se observa una PF derecha, estadio VI de la clasificación de House-Brackmann⁷, lagofalmo por hipotonía palpebral inferior seguido de epífora recurrente, plano oclusal y ocular cantedo, abolición del surco nasogeniano, perfil ortognático clase esquelético tipo I, laterodesviación mentoniana a la derecha que corrige a línea media en apertura máxima, con leve ruido articular en ATM derecha, falta de movilidad en el labio superior en ejercicio de sonrisa, sensibilidad táctil discriminativa conservada, sin dolor a la digitopresión con diagnóstico de PF idiopática derecha. Se planifica cirugía de reanimación facial mediante técnica de colgajo de Labbé, con preparación prequirúrgica de kinesiólogía maxilofacial, realizando un trabajo educativo para individualizar la acción del MT a intervenir (Figura 1).

En la evaluación preanestésica, paciente arroja resultados de 15,7 en Hb, 8330 RGB, 285 plaquetas,

27,2 TTPA, 1,22 INR, 0,64 Creatinina, 85 mg/dl de Glicemia. Con indicación de ayuno preoperatorio de 6hrs se entrega autorización para el procedimiento quirúrgico.

Técnica quirúrgica modificada

En pabellón central, bajo anestesia general e intubación orotraqueal se realiza cirugía de reanimación facial mediante técnica de Labbé. Con el paciente decúbito dorsal, se realiza abordaje bicoronal con bisturí hoja número 15 y electrobisturí, con extensión preauricular del lado derecho, divulsión de los tejidos, avanzando a través de la galea aponeurótica y fascia del temporal, se extiende el colgajo hasta despejar completamente el arco cigomático y el reborde orbitario lateral. Una vez expuesto el campo quirúrgico se realiza la sección del arco cigomático con sierra recíprocante, con el fin de generar el espacio suficiente para exposición del proceso coronoides que será seccionado y la traslación del MT.

Una vez seccionado el arco, debido a la visual acotada de la sierra desde cefálico hacia el proceso coronoides, se procede a realizar un abordaje intraoral con el objetivo de concretar la osteotomía del proceso coronoides, despegando el tendón del temporal de la cara anterior de la rama mandibular. Posterior a la sección de proceso coronoides, se procede a desinsertar parcialmente el MT de la fosa temporal, con el objetivo de avanzar y trasladar el MT en sentido anterocaudal, para realizar la transposición muscular.

La técnica original describe una incisión en el surco nasogeniano para tunelizar los abordajes y lograr la fijación del músculo temporal a la



Figura 1. Evaluación Prequirúrgica. A: Paciente en Reposo; B: Paciente sonriendo.

musculatura periorbicular de los labios. En este procedimiento, se planificó realizar un abordaje intraoral con el propósito de evitar cicatrices faciales y según lo anteriormente expuesto, se procede a tunelizar a través del abordaje intraoral hacia el abordaje bicoronal con el fin de combinar los abordajes. Una vez tunelizados los abordajes con pinza Kelly, se procede transposicionar el MT previamente desinsertado, llevando el fascículo muscular hacia la musculatura perioral, donde será fijado con Prolene 2-0.

Una vez realizada la fijación se comprueba la capacidad de tracción del MT sobre el musculo orbicular de los labios, el cual al ser una tracción positiva se procede a suturar la porción superior del MT al pericráneo de la fosa temporal. La fijación del arco cigomático se realizó mediante placas de osteosíntesis de puente corto con tornillos de 3mm en sistema 1,5 mm, posterior a la fijación se procede a cerrar por planos con Vicryl 3-0 y Nylon 5-0. Se deja drenaje aspirativo durante 48 horas y vendaje compresivo tipo Cobán (Figura 2).

Etapas de rehabilitación

La etapa rehabilitadora conducida por Kinesiología Maxilofacial, iniciada a las 2 semanas, consistió en la estimulación sensitiva, optimización de la apertura bucal, drenaje linfático manual y manejo de la cicatriz. En las primeras sesiones, se percibió una incompetencia labial y salival, sensibilidad táctil discriminativa con hipoestesia facial en la región cigomática-maxilar derecha, dolor a la digitopresión 3-4/10 EVA, limitación de la apertura bucal de 8mm no funcional, alteración en la dinámica facial. También se pesquiza una correcta contracción del MT ipsilateral y seguido las semanas de evolución, se suma la reeducación de la dinámica facial, obteniendo así mejoras en la sintomatología clínica y la naturalidad de los movimientos faciales. Paciente cursa estasis salival asociada a la glándula parótida, la cual es solucionada mediante la fijación de un drenaje tipo Jackson Pratt con el objetivo de generar una fistula por segunda intención. A los dos meses de intervención, la paciente se encuentra sin sintomatología clínica, con capacidad de activar el MT de manera independiente y espontánea. Se deriva a Dermatología para el manejo de la cicatriz del cuero cabelludo. Posterior a 6 meses de tratamiento, la paciente presenta una activación espontánea del MT, mejorando considerablemente la dinámica y función facial, asintomática y sin complicaciones oculares, se indican ejercicios faciales para el hogar y controles periódicos (Figuras 3 y 4).

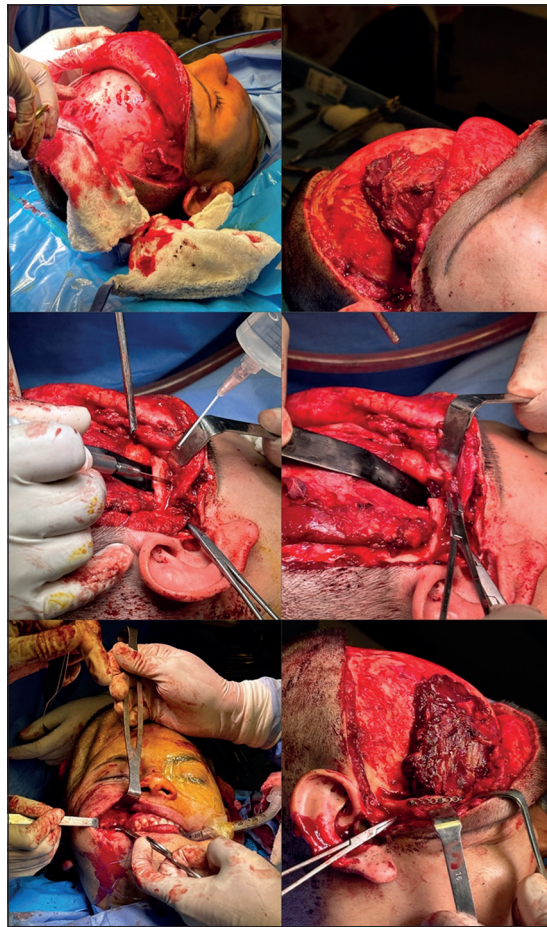


Figura 2. Procedimiento Quirúrgico. **A:** Abordaje Bicoronal; **B:** Desinserción parcial MT; **C:** Sección de Arco Cigomático; **D:** Retiro de Arco Cigomático para Mioplastia MT; **E:** Fijación MT a Musculatura Perioral; **F:** Fijación MT a pericráneo y Osteosíntesis de Arco Cigomático.



Figura 3. Control postquirúrgico 7 meses. **A:** Contracción MT intervenido; **B:** Ejercicio de sonrisa.



Figura 4. Control postquirúrgico 9 meses. **A:** Ejercicio de contracción labial (beso); **B:** Contracción de MT intervenido; **C:** Ejercicio de sonrisa.

Discusión

La PF idiopática permanente es una condición rara y desafiante en lo que a diagnóstico y tratamiento respecta, según lo expuesto anteriormente, no existe una casuística extensa de esta patología, y aún menos, pacientes con PF que cumplan las condiciones para realizar una cirugía invasiva como la descrita en este estudio. En el caso presentado, paciente femenina de 24 años con PF idiopática permanente de nacimiento presento limitaciones significativas en su calidad de vida, comprometiéndolo problemas funcionales y estéticos, los cuales repercutían en su interacción social y bienestar emocional. Se utilizó la clasificación de House-Brackmann, para determinar una estadificación VI de la parálisis, la cual indica una pérdida casi completa de la función motora, para determinar una intervención quirúrgica más invasiva en relación a otros tratamientos. El equipo optó por realizar una modificación a la técnica de Labbé, donde se prefirió realizar un abordaje intraoral para reducir la morbilidad de la técnica.

La PF permanente posee etiologías variables⁸, como procedimientos quirúrgicos, episodios de estrés, traumatismos, o presentarse de forma idiopática³, la cual se puede diagnosticar a través de una electroneurografía⁹. La importancia de utilizar clasificaciones objetivas radican en la evaluación de la gravedad de la paresia, utilizándose en este caso la clasificación de House-Brackmann⁷, quien define

el estadio I como función facial normal en todas las áreas; Estadio II, como disfunción leve, representando una hipotonía muscular notoria frente a la exploración; Estadio III, como disfunción moderada, como una deficiencia obvia pero no desfigurante entre ambos lados del rostro; Estadio IV, como una disfunción moderadamente severa, siendo una asimetría desfigurante; Estadio V como una disfunción severa o escaso movimiento perceptible y finalmente el estadio VI como una parálisis total. El uso de clasificaciones también pueden orientar los tipos de tratamientos utilizados para la PF. La literatura describe el uso de farmacoterapia, fisioterapia, injertos nerviosos, mioplastias, entre otros^{2,3}. El abordaje de estadios menores de parálisis podrá realizarse con alternativas terapéuticas menos invasivas que la utilizada en este reporte de caso.

Si bien, la literatura científica describe alternativas quirúrgicas como los injertos nerviosos, entre ellos la anastomosis facial hipoglosa, maseterinofacial, espinal accesoria facial o transfacial y la transposición muscular como la del músculo gracilis, entre otras^{3,10,11} con resultados quirúrgicos alentadores¹²; la evidencia resalta que la viabilidad de injertos nerviosos poseen un período de 18-24 meses posterior a la parálisis, en los cuales los músculos faciales pueden generar la reinervación, posterior a este tiempo se prefieren transposiciones musculares^{13,14}. La técnica de Labbé, posee una movilidad facial, con un vector similar a los músculos cigomáticos, sin causar un defecto en la zona

donante, con movilidad postoperatoria inmediata^{5,11}, dado lo anterior, considerando la historia clínica de la paciente y las condiciones hospitalarias, tanto en infraestructura, como recursos públicos, el equipo de cirugía y traumatología maxilofacial del hospital, determinó realizar la cirugía de Labbé con una modificación intraoral. La técnica quirúrgica modificada, permitió una transposición del MT hacia la musculatura perioral, proporcionando contracción voluntaria con recuperación parcial de la sonrisa, lo que ha generado una mejora en la calidad de vida de la paciente, en este caso y en otros reportados^{5,6}. La literatura describe que, en paciente con PF crónica y pérdida funcional severa, la mioplastia del MT representa una opción viable^{5,15}, aunque técnicamente demandante para restaurar la simetría facial y mejorar la dinámica de los músculos faciales. La comparación de resultados de ambas técnicas son quirúrgicamente exitosos, pudiendo conseguir el objetivo planteado en la evaluación prequirúrgica. Si bien la técnica modificada posee la ventaja de no realizar incisiones en piel que puedan dejar cicatrices visibles, la modificación intraoral requerirá de una destreza quirúrgica para no injuriar el conducto parotídeo o Stenon. Ya que debido a la transposición en sentido anterocaudal del MT, la tracción con el instrumental quirúrgico como una pinza Kelly pueden generar una lesión del conducto, al igual que en este caso, la estasis salival puede ser resuelta mediante una canalización intraoral para generar una fistula por segunda intención. Posterior a 7 meses, la paciente no refiere molestias asociadas a la lesión del Stenon.

La reeducación del MT por parte de kinesiología maxilofacial, desempeña un papel clave en la rehabilitación postoperatoria¹⁶. Iniciada dos semanas posterior a la intervención, permitió una recuperación gradual de la dinámica facial y mejoras en la movilidad y sensibilidad táctil de la transposición muscular. Este enfoque rehabilitador integral ha mostrado ser crucial para maximizar el éxito funcional en pacientes sometidos a mioplastias faciales, al proporcionar un soporte continuo y ajustes personalizados según la evolución clínica del paciente. Es importante por parte del kinesiólogo, plantear expectativas de rehabilitación para el paciente, ya que esto permitirá realizar la fisioterapia complementada con ejercicios en el hogar para conseguir objetivos establecidos, que puedan generar una sensación de

logro en cada sesión, con el fin de obtener adherencia al tratamiento kinesiológico y la obtención de resultados visibles para el paciente¹⁷. Debido a que el nivel de contracción voluntaria del colgajo, sumado a la capacidad de realizar una sonrisa emocional por parte del paciente, serán proporcionales a la mejora en la autoestima y confianza.

Conclusión

La técnica de Labbé modificada como tratamiento de la parálisis facial permanente, posee buenos resultados, con mejoras en la calidad de vida del paciente, autoestima y confianza. La modificación intraoral con respecto a la técnica original, demanda una mayor precaución en la manipulación del colgajo en el transcurso de la transposición, con el fin de no lesionar estructuras adyacentes como el conducto de Stenon, pero ambas con buenos resultados quirúrgicos. Por otra parte, la reeducación muscular del paciente por parte del kinesiólogo será fundamental para obtener expectativas y resultados visibles

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Rol

Igor Miño S.: Conceptualización, escritura, revisión y edición.

Víctor Herrera-Barraza: Administración del Proyecto, análisis formal, escritura, revisión y edición.

Gabriela González M.: curaduría de datos, escritura, revisión, edición, *software*.

Hayatt Silva S.: Análisis formal, investigación, metodología, redacción, supervisión, validación.

Bibliografía

1. Ubillus-Carrasco GE, Sánchez-Vélez A. Fisioterapia en la parálisis facial. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo* 2018;114(4):258-67.
2. Ferrer-Valdivia N, Fernández-Córdova M, Herrera-Barraza V, Araya J. Facial paralysis after intraoral anesthetic injection: A systematic review. *Dent Med Probl.* 2022 Oct-Dec;59(4):617-27. doi: 10.17219/dmp/138910. PMID: 36583841.
3. Chávez-Serna E, Telich-Tarriba JE, Altamirano-Arcos C, Nahas-Combina L, Cárdenas-Mejía A. Facial paralysis, etiology and surgical treatment in a tertiary care center in plastic and reconstructive surgery in Mexico. *Cir Cir.* 2021;89(6):718-27. English. doi: 10.24875/CIRU.20000916. PMID: 34851577.
4. Saborío Cervantes IE, Villalobos BD, Bolaños PC. Abordaje de la parálisis de Bell: diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Sinergia* 2019;4(6):81-9.
5. Campos SO, Gutiérrez PT. Permanent facial paralysis: surgical treatment on the base of Labbé's technique. *Rev Chil Cir.* 2006 Abr; 58(2):159-64.
6. Labbé D, Huault M. Lengthening temporalis myoplasty and lip reanimation. *Plast Reconstr Surg.* 2000;105:1289-97.
7. Silva MC, Oliveira MT, Azevedo-Santos IF, DeSantana JM. Effect of proprioceptive neuromuscular facilitation in the treatment of dysfunctions in facial paralysis: a systematic literature review. *Braz J Phys Ther.* 2022 Nov-Dec;26(6):100454. doi: 10.1016/j.bjpt.2022.100454. Epub 2022 Oct 17. PMID: 36279766; PMCID: PMC9597113.
8. Becker J, Waissbluth S, Cruz JP. Parálisis facial alternobárica: a propósito de un caso y revisión de la literatura. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello* 2023;83(2):166-70.
9. González HJM. Estudio epidemiológico de la Parálisis de Bell o Parálisis Facial Idiopática realizado en el Servicio de fisiatría del Hospital Clínico Universitario de la Universidad Central de Venezuela. Noviembre 2003 - Marzo 2.004: Resultados preliminares. *Acta Odontol Venez.* 2007 Sep; 45(3):384-7.
10. Vila PM, Kallogjeri D, Yaeger LH, Chi JJ. Powering the Gracilis for Facial Reanimation: A Systematic Review and Meta-analysis of Outcomes Based on Donor Nerve. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2020 May 1;146(5):429-36. doi: 10.1001/jamaoto.2020.0065. PMID: 32215620; PMCID: PMC7099528.
11. García Y Sánchez JM, Reynaga Martínez JA, Gómez Rodríguez CL. Facial Paralysis, Modification to Labbé Technique. *J Maxillofac Oral Surg.* 2022 Mar;21(1):150-5. doi: 10.1007/s12663-020-01338-7. Epub 2020 Mar 6. PMID: 35400923; PMCID: PMC8934899.
12. Lindsay RW, Bhamra P, Weinberg J, Hadlock TA. The success of free gracilis muscle transfer to restore smile in patients with nonflaccid facial paralysis. *Ann Plast Surg.* 2014 Aug;73(2):177-82. doi: 10.1097/SAP.0b013e3182a0df04. PMID: 24051452.
13. Jowett N, Hadlock TA. Free Gracilis Transfer and Static Facial Suspension for Midfacial Reanimation in Long-Standing Flaccid Facial Palsy. *Otolaryngol Clin North Am.* 2018 Dec;51(6):1129-39. doi: 10.1016/j.otc.2018.07.009. Epub 2018 Aug 10. PMID: 30104040.
14. Morales-Puebla JM, González-Otero T, Moraleda S, Santiago S, Gavilán J, Lassaletta L. Combined Sequential Bilateral Hypoglossal-to-facial and Masseter-to-facial Transfers for Bilateral Facial Paralysis. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2021 Jul 12;9(7):e3689. doi: 10.1097/GOX.0000000000003689. PMID: 34262843; PMCID: PMC8274737
15. Pingarrón Martín L, González Otero T, Arias Gallo J, Moraleda Pérez, S, Burgueño García M. Mioplastia de elongación de músculo temporal para rehabilitación de parálisis hemifacial. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial* 2011;33(1):35-9.
16. Vaughan A, Gardner D, Miles A, Copley A, Wenke R, Coulson S. A systematic review of physical rehabilitation of facial palsy. *Frontiers in Neurology* 2020;11: 222. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00222>
17. Yamada Paulette M, Priest J. Utilizing a team kinesiology model to support rehabilitative care in patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022;19(4):2079. doi: 10.3390/ijerph19042079.