

ADIPOESTRUCTURACIÓN FACIAL COMO ESTRATEGIA REGENERATIVA EN LAS SECUELAS DE PARÁLISIS FACIAL PERIFERICA

FACIAL ADIPOSTRUCTURING AS A REGENERATIVE STRATEGY FOR THE SEQUELAE OF PERIPHERAL FACIAL PARALYSIS

Velazco Viloría, Gladys¹ 

1. Centro latinoamericano de Entrenamiento medico e Investigación CLEMI. Bogotá. Colombia.

EMAIL: gvelazcoula@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La parálisis facial se define como la mononeuropatía del nervio facial, con impacto funcional, estético y psicosocial. Se distingue en grandes grupos: Parálisis facial periférica: lesión del propio nervio facial; afecta todos los músculos del lado comprometido (frente, párpado, mejilla, boca).

Parálisis facial central: lesión supranuclear (corteza, vía corticonuclear); afecta predominantemente la porción inferior de la cara contralateral, respetando en gran medida la movilidad frontal por la inervación bilateral (1). Actualmente se ha se le ha atribuido su etiología a diferentes causas; Parálisis de Bell (idiopática): forma más frecuente de parálisis periférica,

representa alrededor del 50% de las parálisis faciales. Otras causas: infecciones virales (especialmente reactivación de VHS-1), traumatismos, tumores del trayecto del VII, otopatías, enfermedades autoinmunes, ACV, causas congénitas, iatrogénicas y neurológicas centrales (2).

La Incidencia estimada de parálisis de Bell: 15–35 casos por 100.000 habitantes/año, Afecta a adultos entre 15–45 años con una incidencia aproximada de decenas de miles de casos anuales en grandes poblaciones; es la entidad más prevalente entre las parálisis faciales, sin clara predilección por sexo, raza o localización geográfica. Puede aparecer a cualquier edad, con pico entre la tercera y quinta década; se asocia a factores como infecciones virales previas, embarazo, diabetes mellitus, hipertensión y estados

inmunológicos alterados, la mayoría de los casos idiopáticos son benignos y autolimitados, con recuperación espontánea en semanas o pocos meses, sin embargo con algún tipo de secuela (3). Existe reportada una clínica, impacto funcional y estético con manifestaciones típicas que acusan debilidad súbita o progresiva de los músculos de un lado de la cara: dificultad para cerrar el ojo, elevar la ceja, fruncir el ceño o sonreír de manera simétrica, asimetría facial en reposo y dinámica, caída comisural y lagofthalmos, síntomas acompañantes según nivel de lesión: alteración del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua, hiperacusia, hipolacrimación o alteración salivar (4).

Existen consecuencias funcionales y psicosociales entre las que figuran dificultades para hablar, comer y beber, por incompetencia labial y mala coordinación orofacial, riesgo de exposición corneal y queratitis por lagofthalmos, afectación de la calidad de vida por impacto estético, limitaciones funcionales y repercusión psicosocial (ansiedad, depresión, evitación social) (5).

Generalmente los tratamientos transitan entre los corticoides sistémicos en las primeras 72 horas de una parálisis de Bell moderada-grave han mostrado beneficio en la recuperación funcional, el uso de antivirales (p. ej., aciclovir) se considera cuando hay fuerte sospecha de etiología herpética, aunque la evidencia es más

controvertida y la protección ocular: lágrimas artificiales, pomadas y eventualmente oclusión nocturna para prevenir daño corneal por lagofthalmos (6)

La rehabilitación acompaña la fisioterapia, logopedia y biofeedback, la rehabilitación es clave para optimizar la recuperación y disminuir secuelas (sinquinesis, rigidez, contracturas), fisioterapia y ejercicios faciales, ejercicios de mímica dirigida, control motor, estiramiento suave y terapia manual mejoran función muscular y simetría en parálisis facial idiopática, en ocasiones con poco éxito (6)

TRATAMIENTOS COADYUVANTES EN SECUALES DE LARGA DATA

El tejido adiposo blanco dérmico (dWAT), recientemente reconocido como un componente dinámico de la unidad neuromuscular facial, comparte linaje con los fibroblastos dérmicos y puede diferenciarse en miofibroblastos en condiciones patológicas, perpetuando la fibrosis y bloqueando la recuperación funcional (7). Los pacientes con Parálisis Facial Periférica (PFP) de más de seis meses

de duración suelen mostrar una recuperación funcional limitada con terapias estándar disponibles actualmente por lo que se propone el tratamiento de adipoestructuración como una opción en estos pacientes ya que se ha demostrado muy buenos resultados con un costo mínimo y mejoras en cortos periodos de tiempo (8) como observamos en la figura 1 hay una intervención muy importante en el tejido adiposo lo que lo hace neurológicamente activo.

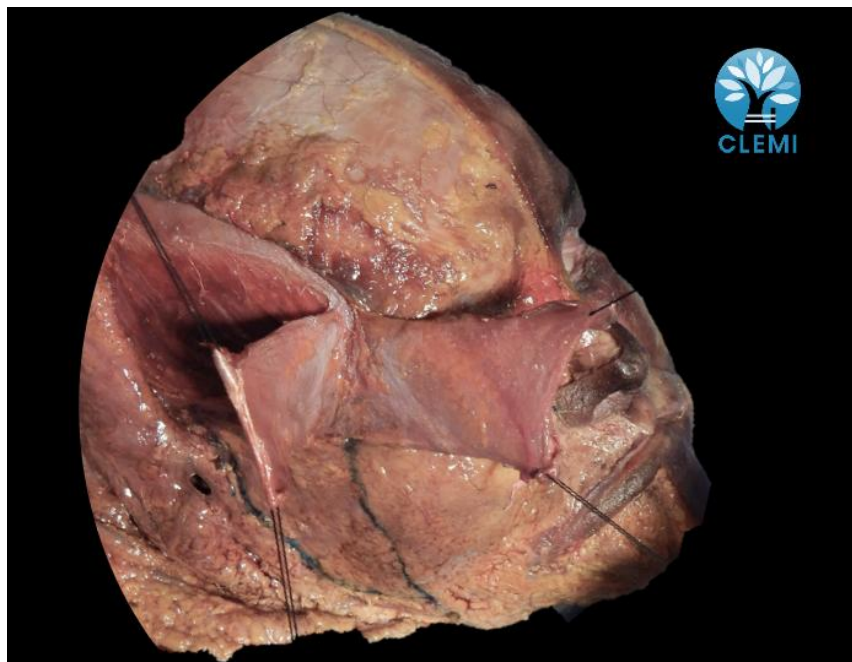


Figura 1. Disección superficial de cara donde se observa la presencia del tejido graso y su compartimiento con la innervación respectiva

La adipoestructuración se acompaña siempre de principios activos regenerativos que suponen un muy buen resultado en estos casos tan complicados. Las propiedades de estos compuestos activos son aditivas a la estimulación mecánica de la estructura adiposa facial, en un estudio realizado se demostró con 30 pacientes con

la misma técnica en una cohorte separada y documentaron cambios estructurales e histológicos en el tejido facial, con evidencia directa de reorganización dWAT (9), más detallada en la sección siguiente. Esta evidencia histológica en una población sin patología neuromuscular sugiere, pero no confirma, que un mecanismo similar podría

reorganizar el dWAT fibrótico hemifacial en PFP.

Queda establecido que la adipoestructuración facial podría ser un coadyuvante en el tratamiento de secuelas por PFP proponiéndose como un probable tratamiento en estos pacientes.

REFERENCIAS

1. Terzis JK, Anesti K. Developmental facial paralysis: a review. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2011 Oct;64(10):1318-33. doi: 10.1016/j.bjps.2011.04.015. Epub 2011 Jul 2. PMID: 21724478.
2. Morales-Puebla JM, Fernández-Fournier M, Plana-Blanco A, Lassaletta L. Variations in the treatment of acute peripheral facial paralysis. A nationwide survey. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed)*. 2024 Jan-Feb;75(1):31-39. doi: 10.1016/j.otoeng.2023.09.001. Epub 2023 Sep 16. PMID: 37722655.

3. Lassaletta L, Morales-Puebla JM, Altuna X, Arbizu Á, Arístegui M, Batuecas Á, Cenjor C, Espinosa-Sánchez JM, García-Iza L, García-Raya P, González-Otero T, Mañós M, Martín C, Moraleda S, Roda JM, Santiago S, Benítez J, Cavallé L, Correia V, Estévez JM, Gómez J, González R, Jiménez J, Lacosta JL, Lavilla MJ, Peñarrocha J, Polo R, García-Purriños F, Ramos F, Tomás M, Uzcanga M, Vallejo LÁ, Gavilán J. Facial paralysis: Clinical practice guideline of the Spanish Society of Otolaryngology. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed)*. 2020 Mar-Apr;71(2):99-118. English, Spanish. doi: 10.1016/j.otorri.2018.12.004. Epub 2019 May 13. PMID: 31097197.
4. M. Granero-Pérez, A.B. Martí-Amela, Fisioterapia en parálisis facial idiopática. Revisión sistemática, *Fisioterapia Volume 43, Issue 2, 2021, Pages 85-95, ISSN 0211-5638, https://doi.org/10.1016/j.ft.2020.09.001.*
5. Saeed F, Qureshi N, Maqsood A. Evaluation of Recovery in Bell's Palsy Patients Treated with

Physical Therapy Interventions. Pakistan Journal of Medical Sciences. 2019; 35(7): 1562-1567.

2026 23 de junio;18(6):e111350. doi: 10.7759/cureus.111350. PMID: 42344748; PMCID: PMC13288580.

6. Khan AJ, Szczepura A, Palmer S, Bark C, Neville C, Thomson D, Martin H, Nduka C. Terapia física para la parálisis del nervio facial (parálisis de Bell): Una revisión sistemática actualizada y ampliada de la evidencia para la terapia de ejercicio facial. Clínica de rehabilitación. 2022 Nov;36(11):1424-1449. doi: 10.1177/02692155221110727. Epub 2022 5 de julio. PMID: 35787015; PMCID: PMC9510940.

9. Velazco GJ, Suárez-Vega DV, Solórzano EA, Mercado V, Amin M. Structural analysis of the tissue subjected to the technique of facial adipostructuring: A histological study. J Cutan Aesthet Surg. 2026;19:179-86. doi: 10.25259/JCAS_201_2025.

7. Los compartimentos de grasa de la cara: anatomía e implicaciones clínicas para la cirugía estética. Rohrich RJ, Pessa JE. Cirugía de Reconstrucción de Plástico. 2007;119:2219–2227. doi: 10.1097/01.prs.0000265403.66886.54. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

8. Calfin H, Riquelme V, Velazco G, Sequera M, Castro C. Adipoestructuración facial con modulación bioquímica en la parálisis facial periférica crónica: un informe de caso. Cureus.