

# Tratamiento mínimamente invasivo de la parálisis facial. Técnica personal

## Treatment of facial palsy with a minimal invasive method. A personal technique

Dra. Nora Petralli<sup>1</sup>

### RESUMEN

Este método lo implementé en pacientes ya operados con pobres resultados y en otros que no deseaban someterse a cirugías. Lo vengo realizando desde 2006 y tengo una casuística de 36 casos. El objetivo es la inclusión social con muy buenos resultados estéticos, rápidamente y sin someterse a grandes cirugías que, muchas veces, no conforman al paciente. No existe conflicto de intereses.

**Palabras claves:** parálisis facial, tratamiento mínimamente invasivo.

### ABSTRACT

I have applied this method to patients who previously had unsatisfactory surgical results and to those who preferred not to undergo surgery. Since 2006, I have treated a total of 36 cases. The goal is to achieve social inclusion with excellent aesthetic outcomes, quickly and without the need for major surgeries that often fail to meet patient expectations.

**Keywords:** facial palsy, minimally invasive treatment.

REVISTA ARGENTINA DE CIRUGÍA PLÁSTICA 2024;30(4):310-312. [HTTPS://DOI.ORG/10.32825/RACP/202404/0310-0312](https://doi.org/10.32825/RACP/202404/0310-0312)

### INTRODUCCIÓN

Luego de comenzar a usar los hilos tensores doble aguja para efectuar lifting volumétrico, pensé que poniéndolos de otra manera, podrían ser útiles en el tratamiento de las parálisis faciales.

### MATERIALES Y MÉTODO

Los materiales a utilizar son: anestésico local, 10 cc; hilos doble aguja de polipropileno, PDO o PLLA; en algunas ocasiones, agregamos hilos 360, PDO o PLLA; cinta antialérgica.

### DISEÑO Y MÉTODO

En el caso de tener que corregir el ojo y la boca, se utilizan dos hilos doble aguja. Para la boca, que es la corrección más frecuente, se usa uno de 40 cm. La aguja entra por el cuero cabelludo y se dirige a la comisura bucal, donde hicimos una mínima incisión con la misma aguja. Luego, con la otra aguja hacemos un anclaje en la galea, con la porción no espiculada del hilo. Luego lo hacemos salir por el mismo lugar que el primero (comisura). Una vez que tenemos los dos hilos saliendo por la

comisura, tomamos la primera aguja y enhebramos el borde rojo del hemilabio superior hasta el arco de Cupido. Allí, retiramos la aguja pero, antes de sacarla, hacemos un retroceso de aproximadamente 1 cm, para fijar el hilo (como si hiciéramos un remache). Lo mismo realizamos con la otra aguja en el hemilabio inferior. De esta forma se lleva la comisura a su correcto lugar. En el caso de tener que corregir el ojo, se realiza lo mismo pero con un hilo de 30 cm. Como siempre, el hilo queda anclado en la galea en el cuero cabelludo, así con este brazo fijo, cuando tensa hace un efecto de polea. Una de las agujas sale por el canto, donde previamente hicimos una microincisión, y vuelve a entrar por allí tomando la mayor cantidad de tejidos fijos, saliendo luego por el borde palpebral inferior. La segunda agu-



Figura 1.

1. Jefa División Cirugía Plástica del Hospital Ramos Mejía. Coordinadora de la Carrera de Especialista Cirugía Plástica UBA

✉ Correspondencia: Dra. Nora Petralli. [nmpetralli@intramed.net](mailto:nmpetralli@intramed.net)

La autora no declara conflictos de intereses

Recibido: 31/10/2024 | Aceptado: 08/11/2024



Figura 2.



Figura 3.



Figura 5.

ja sale sobre el hueso malar, para levantar tejidos y ayudar al párpado.

Esta técnica también me dio mucho resultado en ectropions de diversos orígenes. Si fuera necesario, se agregan algunos hilos 360, 21/18/19, con cánula, para ayudar, sobre todo en caras muy pesadas. Los hilos doble aguja se ferulan con cinta hipoalérgica por una semana.



Figura 4.



Figura 6.

## RESULTADOS (Figuras 2 a 12)

## DISCUSIÓN

Es un método sencillo, que satisface al paciente y al cirujano. No tiene complicaciones y tiene un buen posoperatorio. La duración del mismo depende mucho del material utilizado. En mi experiencia, usando polipro-



Figura 7.



Figura 8.

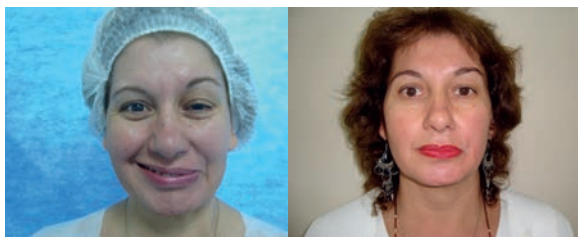


Figura 9.



Figura 10.



Figura 11.



Figura 12.

pileno no tuvo duración permanente. Usando PDO o PLLA, tuve que adicionar ya no los doble aguja, sino algún 360 o bidireccional a los 3 años de colocados. A pesar de eso, el paciente y yo, elegimos el método.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Tratamiento parálisis facial con hilos tensores. Maria Luisa Navarrete Alvaro, Jennifer Knopper, Rafael Boemmo, Lluisa Torrant. Médicos del servicio de ORL Htal Vall d'Hebron, Universidad de Barcelona.
2. Use of self-sustaining APTOS PLLA Threads for correction of hemiface deviation presenting as late result of facial paralysis case series report. Dr. Fouad Reda PhD, MD, Lebanon.
3. Facial Paresis Masterclass. Dr. Marlen Sulamanidze, Tbilisi.