

11211  
1



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"**

**"EFICACIA DEL PROCEDIMIENTO DE RUBÍN EN EL TRATAMIENTO  
DE LA PARÁLISIS FACIAL ESTUDIO RETROSPECTIVO"**

**TESIS DE POSGRADO**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO EN:**

**ESPECIALIDAD EN:**

**CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA**

**PRESENTA:**

**DR. VICENTE JORGE ALAYA SANTOS.**

**ASESOR:**

**DR. ANGEL R. CORZO SOSA.**



**MEXICO D.F.**

**SEPTIEMBRE 2003**

**A**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO " LA RAZA"  
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

  
**DR. JESUS ARENAS OSUNA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA

  
**DR. PEDRO GRAJEDA LÓPEZ**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

**ASESOR :**

  
**DR. ANGEL CORZO SOSA**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

**PRESENTA :**

  
**DR. VICENTE JORDAN ALAYA SANTOS**  
MEDICO RESIDENTE DE CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA

Número de registro : 2003-690-0077

1

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

  
DIRECCIÓN  
REGISTRO

## **AGRADECIMENTOS**

### **A mis padres :**

**Luzmila Santos Chafalote**

Por darme los principios y su gran apoyo ,que a pesar de la distancia siempre está a mi lado

### **Nolverto Alaya Santos**

Por enseñarme a ser independiente y a luchar contra la adversidad

### **A mi familia .**

**mis hermanas : A Maria Ofelia , Ana Pilar y Melissa**

Por el gran apoyo que me brindaron durante mi desarrollo profesional

### **A mi novia :**

**Rosario Urbina Sánchez**

Por su apoyo incondicional desde el inicio de mi carrera , y  
darme el tesoro más grande : un hijo

### **Sra. Esperanza y Sr. Crescencio**

Por ser como mis padres

### **A mi maestro**

**Dr. Angel R. Corzo Sosa**

Por todos los conocimientos y el apoyo otorgados durante mi formación como Cirujano Plástico

### **A mis maestros y compañeros**

A todos los médicos del servicio de Cirugía Plástica del Hospital de Especialidades del C.M.N. "La Raza" por su enseñanza

## INDICE

	Página
<b>RESUMEN</b>	4
<b>ABSTRACT</b>	5
<b>INTRODUCCION</b>	6-10
<b>OBJETIVO</b>	11
<b>MATERIAL Y METODOS</b>	12-13
<b>RESULTADOS</b>	14-15
<b>DISCUSION</b>	16-17
<b>CONCLUSION</b>	18
<b>BIBLIOGRAFIAS</b>	19
<b>ANEXOS</b>	20-23

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **RESUMEN**

**OBJETIVOS:** Evaluar el cambio del estado funcional de los pacientes con parálisis facial en fase tardía, antes y después haber sido sometidos a cirugía reconstructiva con el procedimiento de Rubín, durante el periodo de enero 2001 a marzo 2003 en el HECMNR e identificar los factores que pueden modificar los resultados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se trató de un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se localizaron en los registros del servicio Cirugía Plástica Reconstructiva 59 pacientes a los cuales se les invitó a participar. Los datos clínicos y de antecedentes personales patológicos fueron recogidos del expediente médico. Para conocer los resultados postoperatorios en forma retrospectiva, se les solicitó a los participantes que seleccionaran una imagen representativa de cuatro opciones (pobres, regulares, buenos y excelentes) que a su parecer correspondía a los resultados de la cirugía.

**RESULTADOS:** Se estudiaron 26 pacientes (44%). En ojos, 11.5% de los pacientes seleccionó la opción de pobres resultados, 42.3% la de regulares, 19.2% la de buenos y 26.9% la de excelente. En boca, 34.6% de los pacientes reportaron pobres efectos, 30.8% regulares, 26.9% buenos y 7.7% excelentes. Sólo el factor de asimetría postoperatoria obtuvo significancia de mal pronóstico con la ji cuadrada.

**CONCLUSIONES:** La eficacia en el HECMNR, considerando juntos buenos y excelentes resultados, fue de 46.2% para ojos y de 34.6% para boca. Los logros están por debajo de los límites reportados a nivel internacional. Se sugieren evaluaciones sistemáticas utilizando la escala.

**Palabras claves:** Parálisis facial, Procedimiento de Rubín, evaluación de resultados.

## SUMMARY

**AIMS:** To evaluate the change of the functional condition of the patients with facial paralysis in late phase, before and later to have be submitted to reconstructive surgery with Rubin's procedure, during the period of January 2001 to March 2003 in the HECMNR and to identify the factors that can modify the results.

**MATERIAL AND METHODS:** it was a question of a study observacional, descriptively, transversely and retrospectively. There were located in the records of the service Plastic Reconstructive Surgery 59 patients to which it invited them to inform. The clinical information and of personal pathological precedents they were gathered from the medical process. To know the postoperative results in retrospective form, it requested them of the participants who were selecting a representative image of four options (poor, regular, good and excellent) that to his to seem was corresponding to the results of the surgery.

**RESULT:** there were studied 26 patients (44 %). In eyes, 11.5 % of the patients it selected the option of proved poor, 42.3 % that of you will regulate, 19.2 % that of good and 26.9 % her(it) of excellently. In mouth, 34.6 % of the patients reported poor effects, 30.8 regular %, 26.9 good % and 7.7 excellent %. Only the factor of postoperative asymmetry obtained significancia of badly forecast with the square ji.

**CONCLUSIONS:** The efficiency in the HECMNR, considering united good and excellent results, it was of 46.2 % for eyes and of 34.6 % for mouth. The achievements are below the limits reported worldwide. Systematical evaluations are suggested using the scale.

Key words: Facial Paralysis, Rubin's procedure, evaluation of results.

## INTRODUCCIÓN

En la disfunción del nervio facial, todos los órganos blancos se encuentran alterados con mayor o menor importancia de acuerdo con el tiempo transcurrido. El factor tiempo determina la subsecuente atrofia y degeneración de éstos, de tal manera que es un factor determinante, ya que si se trata de una lesión transitoria encontraremos una recuperación total; en cambio, si la lesión es permanente y se plantea una reinervación para reintegrarles su función, ésta se debe efectuar antes que sea irreversible. (1)

La etiología de la parálisis facial es causada por una gran variedad de factores, siendo ésta no una enfermedad, sino un signo cuya causa se debe aclarar: Congénita, Traumática, neurológica, Infecciosa, Metabólica, Neoplásica, Tóxica, Iatrogénica e Idiopática (Bell). (1)

EL nervio facial tiene una función mixta, primordialmente motora, parasimpática y sensitiva, compuesta de aproximadamente 10,000 fibras (70% motoras ) y el restante fibras autónomas y sensitivas; la porción motora voluntaria del nervio facial se encuentra en el segmento inferior pre-central del cerebro con fibras nerviosas cruzadas a la región Pontina caudal, descendiendo sus fibras al tallo cerebral entre la Oliva y el Pedúnculo Cerebeloso inferior , en su recorrido intratemporal emergen fibras parasimpáticos y sensitivas, y finalmente las fibras motoras son destinadas a la innervación de las fibras musculares de la cara (órganos blanco). (1 ,2)

Rubín (1974 ) describió 3 tipos básicos de sonrisa humana , cada una dependiente de la fuerza de los grupos musculares ubicadas alrededor de la boca: a) Mona Lisa (67%) resulta de la tracción dominante del músculo



zigomático mayor , que desliza al ángulo de la boca. Existe escasa o nula resistencia por parte de los músculos depresores; b) Canina (31%) resultante por la contracción dominante del elevador del labio superior con cierta resistencia de los músculos depresores, pero el músculo cutáneo permanece inactivo; y c) Dentadura completa (2%) resulta de la contracción de todos los músculos elevadores y depresores de los labios y las comisuras, con un significativo acción del músculo cutáneo. (3, 4)

Las lesiones nerviosas fueron clasificadas según Seddon (1943) en Neuropraxia (tiempo de recuperación aprox. 20-25 días), Axotnmesis (tiempo de recuperación 6 semanas a 6 meses) y Neurotmesis (no recuperación). Sunderland (1978) en su descripción histológica describe 5 grados, considerando el 2º, 3º y 4º grado como axotnmesis en su diferentes grados de afectación, de esta manera ayuda a explicar y predecir la evolución de las lesiones. (1, 3)

Las lesiones y la reparación pueden ser consideradas en 3 momentos diferentes: inmediata ( 0- 3 semanas ), diferido ( 2 semanas a 3 años ) y tardío ( mas de 2 años ).

El tratamiento quirúrgico ideal esta relacionado con el tiempo y la etiología: 1) Inmediatas se realizarán neurorafias e injertos nerviosos; 2) Diferido se realizarán injertos cruzados de nervio con neurotización neural sin la presencia de atrofia muscular o injertos cruzados de nervio con transplante muscular libre revascularizado diferido con la presencia de atrofia muscular; y 3) el tratamiento tardío ( secuelas ) donde se usarán técnicas como suspensiones estáticas o dinámicas, transposiciones musculares libres denervadas o neuro-musculares del asa del hipogloso, ritidectomías y elongaciones palpebrales y neuroectomías o miomectomías selectivas del lado sano. (1, 2, 3, 5)

En pacientes con parálisis facial donde la lesión del nervio es irreversible, sin recuperación de los músculos faciales afectados ( falta de reparación o reactivación ) entonces se debe de aplicar técnicas tradicionales, como la suspensión estática con Fascia lata que lo describió Stein en 1913 y popularizado por Blair en 1926. En esta línea posteriormente se utilizaron técnicas dinámicas con transposición de músculos funcionantes no inervados por el facial como el temporal, masetero y digástrico, que lo propusieron autores como Lexer (1908) , Morestin (1915) y Rubín . (1, 3)

Las transposiciones musculares independientes del nervio facial se introdujeron a principios del siglo pasado. Rubín , Baker y Conley popularizaron esta técnica en la transposición del músculo temporal y masetero; Rubín modificó la técnica con alargamiento del músculo temporal desdoblado su fascia del temporal para obtener mayor longitud llegando hacia el bermellón del labio y al canto medial del ojo. (6)

Guillies (1934) tiene una idea de alargamiento del músculo temporal hacia el 1/3 medio de la cara usando una banda de Fascia lata pasando sobre el arco zigomático hacia el mediolo y sobre el parpado superior e inferior. Mc Laughlin (1949) describe una variación a la técnica de Rubín con la sección del proceso coronoides y usa bandas de Fascia lata dirigidos hacia la parte superior e inferior del labio. (7, 8)

El músculo temporal tiene la ventaja de proporcionar simetría y actividad voluntaria, resultados inmediatos, restaura el tono facial, previene la caída de la boca, no produce deformidad cosmética importante con desventaja de no recuperar los movimientos involuntarios, su extensa disección , no restaura la

acción del ángulo bucal del depresor y herniación muscular. en el área donadora de su base. (8)

Las indicaciones para la transposición muscular del temporal son: 1) inadecuado sistema neuro-muscular facial periférico ( parálisis facial de largo estadio de 4 años o mas ); 2) contraindicación a la realización de anastomosis facial-hipogloso en pacientes con enfermedad de Recklinghausen o déficit nervioso central; 3) grado insatisfactorio del mejoramiento en pacientes con injerto nervioso con anastomosis del nervio hipogloso-facial o injerto cruzado; y 4) falta de disponibilidad del nervio facial como injerto cuando el paciente rechaza otro nervio ( hipogloso). (6)

Los resultados de la terapia reconstructiva con la técnica de Rubin han sido evaluados por varios autores utilizando imágenes antes y después del procedimiento, cuya evaluación se han llevado a cabo de 3 a 6 semanas post-quirúrgicos con un seguimiento de 1 año: clasificando los ojos y la boca según la simetría y la sonrisa como excelente, buena, regular y pobre. En el cuadro 1 se señalan los criterios utilizados en esta clasificación y en la figura 1 su representación en imágenes.

**Cuadro 1: Criterios de clasificación para evaluar los resultados del  
tratamiento quirúrgico con la técnica de Rubin**

**Ojos**

**Boca**

<b>Excelente.-</b>	cierre voluntario completo .....	sonrisa voluntaria
<b>Buena.-</b>	cierre parcial.....	ligera sonrisa, evidencia movimiento lateral
<b>Regular.-</b>	fisura Inter-palpebral simétrica.....	simetría facial
<b>Pobre .-</b>	sin cambios .....	no hay cambios

Siguiendo a los autores, sus resultados publicados han sido muy variables, por ejemplo: los hallazgos excelentes oscilan entre 37-75%, buenos de 16-43%, regulares de 31% y pobres van de 4-7%. (6, 7, 9). Por otra parte no se reportan cambios en la masticación o daño a la articulación temporo-mandibular (7) y las complicaciones mencionadas fueron: 21% infección, 12% hematomas, 1% serosas, dehiscencia de la herida. (8, 9)

El propósito de este estudio es continuar con la misma línea de investigación y evaluar los resultados obtenidos en el HECMNR, adaptando la metodología propuesta por ellos, debido a las limitaciones de tiempo y recursos, a un estudio retrospectivo y utilizando la memoria de los pacientes, cuyos hallazgos den pie a futuras investigaciones con mayor rigor metodológico al empleado en éste.

## **OBJETIVOS**

Verificar el cambio del estado funcional de los pacientes con parálisis facial en fase tardía, antes y después de ser tratados con el procedimiento de Rubín durante el periodo de enero 2001 a marzo 2003 en el HECMNR e Identificar los factores que pueden modificar los resultados esperados en el postoperatorio.

Para cumplir los objetivos se recurrió a la memoria de los pacientes para Identificar los cambios en el estado funcional antes-después con relación a: Los rangos reportados en la literatura, la etiología de la parálisis facial, el tipo de tratamiento primario: quirúrgico o médico, el tiempo de evolución de la parálisis facial en su tratamiento definitivo, las complicaciones del procedimiento quirúrgico realizado, la evolución post-quirúrgica de los pacientes intervenidos y si ameritaron de algún otro procedimiento complementario.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se trató de un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Para obtener la muestra de pacientes se localizaron en los registros de cirugía programada en el servicio de Cirugía Plástica Reconstructiva 59 pacientes que fueron sometidos a cirugía reparadora de parálisis facial con el procedimiento de Rubín durante enero 2001 a mayo de 2003. Posteriormente se buscaron sus expedientes clínicos en el archivo del Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza (HECMNR) y se seleccionaron aquellos que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: estar clasificados en la categoría más baja de la escala en uso (Figura 1), pacientes derechohabientes, mayores de 15 años, expediente clínico completo y localizables.

Una vez identificados los candidatos se les invitó a acudir al HECMNR y a participar en el estudio después de explicar los propósitos del mismo. Los datos clínicos y de antecedentes personales patológicos fueron recogidos del expediente médico.

Dado que la mayoría de los pacientes habían sido sometido a procedimientos complementarios después de la cirugía con la técnica de Rubín, la inconsistencia de las notas médicas, y el criterio de evitar el sesgo médico en la evaluación, se le solicitó a los participantes seleccionar la figura que a su parecer correspondió a los resultados obtenidos en ojos y boca (figura 1) cuando fueron sometidos al tipo de cirugía mencionado.

Consideramos que evocar la memoria de los pacientes es de mayor precisión que los datos obtenidos mediante las notas médicas o el recuerdo de los médicos

tratantes. Su empleo se sustenta recurriendo a estudios realizados en el campo educativo, donde se ha comprobado que la memoria es de larga duración cuando el proceso de aprendizaje es repetitivo (el paciente se autoevalúa a diario frente al espejo) y el recuerdo es de mayor precisión cuando es auxiliado mediante imágenes, en otras palabras, apelando al reconocimiento. (10)

Las variables estudiadas en esta investigación fueron: eficacia del procedimiento como dependiente; el sexo, edad, etiología, tratamiento inicial, tiempo de evolución complicaciones y evolución posquirúrgicas y factores de riesgo personales como variables independientes.

Se usó estadística descriptiva con porcentajes para la exploración y presentación de los resultados, además se obtuvo la razón de productos cruzados para estudiar la probabilidad de ocurrencia de malos resultados según diferenciales por la presencia de factores de riesgo en los individuos. Las diferencias entre los grupos se evaluaron mediante la prueba de ji cuadrada para homogeneidad. En el análisis estadístico se usó el paquete estadístico SPSS versión 10.0 para Windows.

## RESULTADOS

Se estudiaron 26 pacientes (44%) de los 59 identificados con la categoría más baja de la escala (lo cual fue motivo de la indicación de cirugía reconstructiva con la técnica de Rubín) y que fueron invitados a participar. Las características de la muestra pueden apreciarse en el cuadro 2.

Más del 75% de los participantes fueron del sexo femenino, 57.7% dedicados a las labores del hogar y el resto a otras actividades fuera del mismo, 53.9% tuvieron menor de 45 años de edad y el otro porcentaje mayor a ese límite, 34.6% con antecedentes de tabaquismo y 23.1% de alcoholismo, 3.8% se reportaron diabéticos, 15.4% hipertensos, 11.5% manifestaron otras enfermedades y 42.3% tenían antecedentes quirúrgicos de todo tipo.

Respecto a la parálisis facial el 57.7% fueron por causa no quirúrgica y 42.3% por esta causa, el 53.8% tenía afectado el lado izquierdo, más del 65% tenía una evolución menor de 10 años y en igualdad de porcentajes tenían o no antecedentes de tratamientos médicos o quirúrgicos previos por este problema.

En cuanto a los resultados de la cirugía reconstructiva con la técnica de Rubín, en ojos, 11.5% de los pacientes seleccionó la opción de pobres resultados, 42.3% la de regulares, 19.2% la de buenos y 26.9% la de excelente (Gráfica 1). Respecto a los resultados en boca, 34.6% de los pacientes manifestaron pobres, 30.8% regulares, 26.9% buenos y 7.7% excelentes (Gráfica 2).

Sólo seis (23.1%) de los pacientes manifestaron complicaciones; dos por infección, uno por seroma y hematoma respectivamente y otros dos por otras



causas. Algunos de los pacientes manifestaron alguna molestia posquirúrgica como dolor (11.5%) y edema intenso (15.4%). 61.5% tuvieron datos de asimetría durante su evolución posquirúrgica y 65.4% requirieron procedimientos complementarios.

Para el análisis estadístico comparativo las variables se agruparon en forma binomial debido al tamaño pequeño de la muestra, cuyos resultados se pueden ver en el cuadro 3 para ojos y 4 para boca. En síntesis, la presencia de asimetría durante el postoperatorio resultó como única variable significativa en el estudio, principalmente en los resultados de boca. La probabilidad de obtener pobres o regulares resultados es casi 3 veces mayor en ojos y 16.3 en boca con presencia de asimetría, además, en ésta última, la prueba de ji cuadrada señala una significancia menor a .01% de confiabilidad. Las demás variables, a pesar de que en algunas de ellas encontramos una razón de momios apenas superior a 1, no son relevantes según la ji cuadrada.

## DISCUSION

La eficacia obtenida con la cirugía plástica reconstructiva de la parálisis facial con la técnica de Rubín en el HECMNR, considerando los buenos y excelentes resultados en forma conjunta, fue de 46.2% para ojos y de menor porcentaje para boca de 34.6%.

La eficacia lograda no se encuentra dentro de los límites reportados en la literatura internacional, a excepción de la opción de buenos, tal como se puede apreciar enseguida - en corchetes los resultados del presente estudio: Excelentes 35-75% [26.9-7.7%], buenos 16-43% [19.2-26.9%], regulares 31% [42.3-30.8%] y pobres 4-7% [11.5-34.6%].

Los resultados pobres o regulares, tanto en ojos y boca, fueron más altos, aún a pesar que los porcentajes de complicaciones fueron menores a lo reportado en la literatura internacional - en corchetes las cifras del presente estudio: infección 21% [7.69%], hematoma 12% [3.85%] y 1% dehiscencias [0%].

Los resultados aquí reportados, a pesar de ser discutibles por la metodología empleada, debe llamar la atención sobre la necesidad de contar con un procedimiento de evaluación sistemática de los resultados posquirúrgicos, no sólo en particular para la técnica evaluada en este estudio, sino de todo tipo, por lo cual proponemos que se utilicen las imágenes empleadas como referencia habitual. De esta manera se estandarizaría la evaluación y permitiría la comparación entre diferentes técnicas.

Además, con la finalidad de obtener mayor precisión en la apreciación de la eficacia de la técnica de Rubín y poder realizar la comparación a nivel internacional se propone realizar investigaciones prospectivas con metodología compatible a la utilizada en otros estudios, que permitan mayor control de las variables.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CONCLUSIÓN

En este estudio no se encontraron factores de riesgo que pudieran influir en los resultados de la cirugía reconstructiva con la técnica de Rubín, a excepción de la asimetría posquirúrgica, a pesar de que en la mayoría de los procedimientos fueron realizados por médicos de base, hubo la necesidad de procedimientos complementarios finales para la obtención de mejores resultados .

Se concluye que los resultados son buenos en forma general ; aunque el diseño de estudio empleado no permite considerar estos hallazgos como contundentes. Sin embargo, abre una posibilidad de incluir como factor de riesgo adicional la aplicación correcta de la técnica, una investigación operativa que podría efectuarse en el futuro.

La eficacia del procedimiento de Rubín en el HECMNR, considerando juntos buenos y excelentes resultados, estos están por debajo de los límites reportados a nivel internacional. Se sugieren evaluaciones sistemáticas utilizando la escala.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

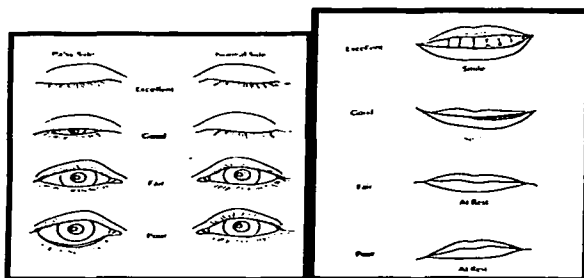
## BIBLIOGRAFIAS

- 1.- TRIGOS MICOLÓ IGNACIO.MD "SISTEMATIZACIÓN DEL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PARALISIS FACIAL Y SUS SECUELAS." CIRUGIA PLASTICA, SEP-DIC 1995: 5 (3); 101-105
- 2.- ANDERSON, ROBERT G. MD " FACIAL NERVE DISORDERS AND SURGERY ." SELECTED READING IN PLASTIC SURGERY. 2001: 9 (20); 1-39.
3. - BAKER, DANIEL C. MD "PARALISIS FACIAL ."JOSEPH G. MCCARTHY. CIRUGIA PLASTICA: CARA II, PAG 1337-1417 .1992
4. - RUBÍN LEONARD R. ,MD " THE ANATOMY OF A SMILE: ITS IMPORTANCE IN THE TREATMENT OF FACIAL PARALYSIS" PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE. APRIL 1974: 53 (4); 384-87.
- 5.- GÓMEZ BRAVO FRANCISCO,MD . CIRUGIA REPARADORA DE LA PARALISIS FACIAL. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE , MADRID.
- 6.- MAY MAR, MD " MUSCLE TRANSPOSITION FOR FACIAL REANIMATION : INDICATIONS AND RESULTS ." ARCH OTOLARYNGOL. MARCH 1984: 110; 184-189.
- 7.- LABBÉ D. , MD " LENGTHENING TEMPORALIS MYOPLASTY AND LIP REANIMATION ." PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE. APRIL 2000: 5 (4);1289-97 .
- 8.- BRED AHL A. F. , MD .ET AL " A MODIFIED SURGICAL RECHNIQUE FOR TEMPORALIS TRANSFER ." BRITISH JOURNAL OF PLASTIC SURGERY . 1996: 49 (51); 46-51 .
- 9.- MARK MAY, MD " TEMPORALIS MUSCLE FOR FACIAL REANIMATION. A 13 YEAR EXPERIENCE WITH 224 PROCEDURES ." ARCH OTOLARYNGOL HEALTH NECK SURG. APRIL 1993: 119; 378-82 .
- 10.- POGGIOLI L. " ESTRATEGIAS COGNOSCITIVAS: UNA PERSPECTIVA TEÓRICA " SERIE ENSEÑANDO A APRENDER.  
<http://www.fad.unal.edu.co/revistas/revista72.html> 31/07/03

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Figura 1. Escala de resultados con imágenes.



**Cuadro 2: Características de la muestra de pacientes sometidos a cirugía reconstructiva de la parálisis facial con la técnica de Rubin, enero 2001 a marzo 2003, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza.**

Ocupación	<i>Hogar</i>	N	%	Causa de la parálisis	<i>Quirúrgicas</i>	N	%
	<i>Fuera</i>	15	57.7		<i>Otras</i>	11	42.3
		10	38.5			15	57.7
Sexo	<i>Hombres</i>	6	23.1	Lado afectado	<i>Derecho</i>	12	46.2
	<i>Mujeres</i>	20	76.9		<i>Izquierdo</i>	14	53.8
Grupos de edad (años)	<i>19 - 34</i>	6	23.1	Años de evolución	<i>1 - 4</i>	10	38.5
	<i>35 - 44</i>	8	30.8		<i>5 - 9</i>	7	26.9
	<i>45 - 54</i>	6	23.1		<i>10 o +</i>	7	26.9
	<i>55 - 75</i>	6	23.1		<i>Sin datos</i>	2	7.7
Tabaquismo	<i>Si</i>	9	34.6	Tratamiento previo	<i>Si</i>	13	50
	<i>No</i>	17	65.4		<i>No</i>	13	50
Alcoholismo	<i>Si</i>	6	23.1	Resultados en ojos	<i>Pobre</i>	3	11.5
	<i>No</i>	20	76.9		<i>Regular</i>	11	42.3
Diabetes Mellitus	<i>Si</i>	1	3.8		<i>Buena</i>	5	19.2
	<i>No</i>	25	96.2		<i>Excelente</i>	7	26.9
Hipertensión arterial	<i>Si</i>	4	15.4	Resultados en boca	<i>Pobre</i>	9	34.6
	<i>No</i>	22	84.6		<i>Regular</i>	8	30.8
E. Cardiovasculares	<i>Si</i>	4	15.4	<i>Buena</i>	7	26.9	
	<i>No</i>	22	84.6	<i>Excelente</i>	2	7.7	
Otras enfermedades	<i>Si</i>	26	100	Complicaciones	<i>Si</i>	6	23.1
	<i>No</i>	3	11.5		<i>No</i>	20	76.9
Antecedentes quirúrgicos	<i>Si</i>	23	88.5	Evolución postquirúrgica	<i>Simetría y otras</i>	9	34.6
	<i>No</i>	11	42.3		<i>Asimetría</i>	16	61.5
Antecedentes quirúrgicos	<i>Si</i>	15	57.7	<i>Dolor</i>	3	11.5	
	<i>No</i>	15	57.7	<i>Edema intenso</i>	4	15.4	
				Procedimientos complementarios	<i>Si</i>	17	65.4
					<i>No</i>	9	34.6

Fuente: Expedientes clínicos. Archivo clínico del HECMNR.

21

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Cuadro 3: Análisis estadístico de los factores de riesgo para obtener resultados pobres o regulares en ojos con la cirugía reconstructiva de la parálisis facial con la técnica de Rubin, enero 2001 a marzo de 2003, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza.**

Factor de riesgo		Diferencia	Razón momios	Ji cuadrada (95%)		
Ant. de cirugía:	<i>Si</i> 55.56% N= 9	<i>No</i> 52.94% 17	2.61%	1.11	Pearson 0.016	Sign.* 1.000
Causa:	<i>Quirúrgica</i> 45.45% N= 11	<i>Otras</i> 60.00% 15	-14.55%	0.56	0.540	Sign. 0.692
Sexo:	<i>Hombres</i> 66.67% N= 6	<i>Mujeres</i> 50.00% 20	16.67%	2.00	0.516	0.652
Edad (años):	<i>45 o &gt;</i> 58.33% N= 12	<i>19 - 44</i> 50.00% 14	8.33%	1.40	0.181	0.713
Lado afectado:	<i>Izquierdo</i> 57.14% N= 14	<i>Derecho</i> 50.00% 12	7.14%	1.33	0.133	1.000
Años de evolución:	<i>10 o +</i> 57.14% N= 7	<i>1 - 10</i> 52.94% 17	4.20%	1.19	0.035	1.000
Ev. Postquirúrgica:	<i>Asimetría</i> 62.50% N= 16	<i>No asimetría</i> 40.00% 10	22.50%	2.50	1.254	0.422
Complicaciones:	<i>Si</i> 33.33% N= 6	<i>No</i> 60.00% 20	-26.67%	0.33	1.321	0.365

\* Prueba exacta de Fisher

Fuente: Expedientes clínicos. Archivo clínico del HECMNR.



**Cuadro 4: Análisis estadístico de los factores de riesgo para obtener resultados pobres o regulares en boca con la cirugía reconstructiva de la parálisis facial con la técnica de Rubin, enero 2001 a marzo de 2003, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional La Raza.**

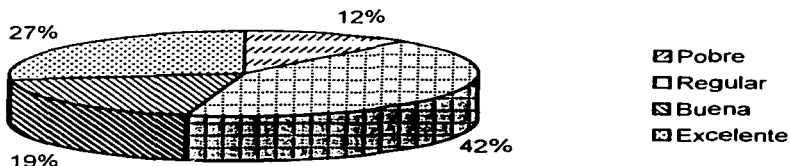
Resultados pobres o regulares según factor		Difer. Si-No	Razón momios	Ji cuadrada (95%)		
Ant. de cirugía:	<i>Si</i> 55.56% N= 9	<i>No</i> 70.59% 17	-15.03%	0.52	Pearson 0.588	Sign.* 0.667
Causa:	<i>Quirúrgica</i> 45.45% N= 11	<i>Otras</i> 80.00% 15	-34.55%	0.21	3.346	0.103
Sexo:	<i>Hombres</i> 66.67% N= 6	<i>Mujeres</i> 50.00% 20	16.67%	2.00	0.006	1.000
Edad (años):	<i>45 o &gt;</i> 66.67% N= 12	<i>19 - 44</i> 64.29% 14	2.38%	1.11	0.016	1.000
Lado afectado:	<i>Izquierdo</i> 78.57% N= 14	<i>Derecho</i> 50.00% 12	28.57%	3.67	2.331	0.218
Años de evolución:	<i>10 o +</i> 42.86% N= 7	<i>1 - 10</i> 70.59% 17	-27.73%	0.31	1.627	0.356
Ev. Postquirúrgica:	<i>Asimetría</i> 87.50% N= 16	<i>No asimetría</i> 30.00% 10	57.50%	16.33	8.990	<b>0.009</b>
Complicaciones:	<i>Si</i> 50.00% N= 6	<i>No</i> 70.00% 20	-20.00%	0.43	0.816	0.628

\* Prueba exacta de Fisher

Fuente: Expedientes clínicos. Archivo clínico del HECMNR.

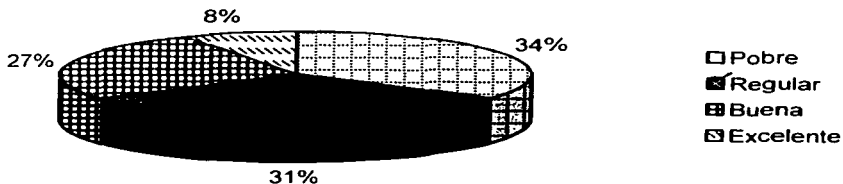
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Gráfica 1: Resultados en ojos. Procedimiento de Rubín. HECMNR. 2001-2003.**



Fuente: Memoria de los pacientes.

**Gráfica 2: Resultados en boca. Procedimiento de Rubín. HECMNR. 2001-2003.**



Fuente: Memoria de los pacientes.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

241

**ANEXO I. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

**CASOS DE PARALISIS FACIAL CON PROCEDIMIENTO DE RUBIN**

NOMBRE:.....  
AFILIACIÓN:..... EDAD:.....  
OCUPACIÓN..... SEXO:.....  
FECHA APLICACIÓN:.....

ANP: TABAQUISMO.....ALCOHOLISMO.....

APP: DM .....HAS.....CARDIOPATIA.....  
OTRAS CRONICO DEGENERATIVAS.....  
INTERVENCIONES QXS.....

PA: ORIGEN.- TRAUMATICA.....NEOPLASICO.....  
QUIRURGICO.....IDIOPATICO.....

TRATAMIENTO INICIAL: MEDICO.....QUIRURGICO.....  
FECHA.....

PROCEDIMIENTO DE RUBIN.....  
FECHA.....

COMPLICACIONES POST QX: SEROMA.....HEMATOMA.....  
INFECCIÓN.....DESHICENCIA.....

EVOLUCIÓN POST-QX: DOLOR.....EDEMA INTENSO.....  
SIMETRIA FACIAL.....ASIMETRIA.....

PROCEDIMIENTOS COMPLEMENTARIOS : NO.....SI.....  
CUALES.....

