

SEGURIDAD DEL BOTOX® EN EL ESPASMO HEMIFACIAL

Roca Montañana A, Seguí Gregori I, Valero Merino C, Soler Company E, García Muñoz S, Rocher Milla A

OBJETIVO:

El espasmo hemifacial (EH) consiste en la contracción involuntaria de los músculos inervados por uno de los nervios faciales. El tratamiento de elección en la actualidad es la toxina botulínica, por su eficacia a largo plazo y su seguridad.

El objetivo es describir los efectos secundarios (ES) del uso de toxina botulínica tipo A (Botox®) en pacientes con EH.

PACIENTES Y MÉTODOS:

- Pacientes con EH primario y postparalítico tratados con Botox® en las consultas externas de neurología de nuestro hospital.
- Estudio observacional retrospectivo desde julio del 2004 hasta marzo del 2009.
- Se recogieron las variables a partir de las historias clínicas: edad, sexo, la dosis media, número de infiltraciones, ES, relación de los ES con el origen del EH. La evaluación de ES se realizó mediante entrevista telefónica y la exploración clínica del paciente.

RESULTADOS:

- 22 pacientes con EH, 4 con EH postparalítico y 18 con EH primario, uno de ellos bilateral.
- Edad media: 65,77 años (42-89). Sexo: 68,18 % mujeres (n=15) y 31,82 % hombres (n=7).
- La dosis total media en EH postparalítico fue de 13,85UI (13-15,28) y en EH primario fue de 15,53 UI (9-26).
- Las dosis en cada punto de inyección varió de 1,25-2,5 UI, siendo 2,5 UI la más frecuentemente inyectada en cada punto. Todas se practicaron subcutáneamente en los puntos habituales, a nivel del orbicular superior se infiltró la porción pretarsal en la mayoría de los pacientes.
- El número de infiltraciones fue de 16 en el EH postparalítico y la media en el EH primario fue de 10 (2-17).
- Se han recogido un total de 23 ES en 59,09% de los pacientes (n=13). El efecto más frecuente fue ptosis 40,91% (n=9), seguido de debilidad facial 18,18% (n=4), hematoma 13,64% (n=3), y sequedad ocular 9,09 % (n=2). Otros ES fueron (< 5 %) diplopía, derrame conjuntival, problemas de acomodación.
- La ptosis palpebral fue más frecuente, 50% (n=2) en EH postparalítico, siendo en EH primario del 36,36% (n=8). La debilidad facial se manifestó en el 50% (n=2) en EH postparalítico, y en el 11,11% (n=18) de los pacientes con EH primario.

CONCLUSIONES:

Los ES coinciden con los descritos en la ficha técnica, así como la frecuencia de aparición. Todos fueron transitorios y revirtieron de manera espontánea. Para evitar la manifestación de algunos de ellos, es fundamental seleccionar por observación clínica los músculos a infiltrar. Si es posible, es recomendable inyectar sólo los músculos orbitales, evitar infiltrar la musculatura inferior porque la tasa de efectos secundarios, principalmente debilidad, es mayor. En el orbicular superior, se aconseja infiltrar pretarsal ya que la eficacia y duración del efecto es mayor y la tasa de ptosis es menor que en la zona preseptal.

Para evitar la sequedad ocular, se recomienda la aplicación sistemática de lágrimas artificiales post-infiltración.

En la actualidad la toxina botulínica constituye el tratamiento de elección en la mayoría de los pacientes por su eficacia, seguridad y porque puede aplicarse de forma ambulatoria sin complicaciones importantes.

CONFLICTO DE INTERESES: ninguno.