

# EL REFLEJO ACUSTICO INVERTIDO EN LA PARALISIS FACIAL

A. ESTACA, C. SPREKELSEN, S. ROMERO

La única rama motora del nervio facial en su trayecto intrapetrosos es el N. estapedio, cuyas fibras, como es conocido, se originan en la porción medial del núcleo facial ipsilateral, descienden a lo largo del nervio al hueso temporal, y atraviesan con él el suelo del conducto auditivo interno; abandonan el tronco del facial en la parte superior de la tercera porción (segundo codo) de su trayecto intrapetroso, y entran por el vértice de la pirámide para inervar el músculo estapediano.

Desde 1946 sabemos gracias a Metz que la contracción del músculo del estribo puede ser provocada bilateralmente por estimulación sonora unilateral, siendo capaz de ser registrada de forma gráfica por los cambios de impedancia acústica. Es pues un arco reflejo auditivo-facial, de tipo polisináptico y bilateral, comprendiendo cuatro neuronas. La cuarta, que constituye la vía eferente, es la que inerva al músculo del estribo.

Así pues, la posibilidad de medir de forma indirecta la contracción del músculo estapediano con el impedanciómetro es desde hace tiempo una interesante aportación para el diagnóstico topográfico de las parálisis faciales; la ausencia de reflejo acústico es un dato indicativo de parálisis facial supraestapedial.

Pero desde hace varios años, en la exploración sistemática del reflejo acústico (RA) en los pacientes con parálisis facial, venimos observando que en un gran número de casos el registro gráfico del reflejo es invertido, por un desplazamiento del indicador de compliancia en sentido contrario al habitual. El reflejo acústico invertido

(RAI) que aparece en procesos en los que el músculo estapediano no modifica la compliancia (otosclerosis, interrupción de cadena osicular) como ya publicamos en 1982 (Estaca y cols.), queda perfectamente diferenciado del efecto «on-off», que tiene distinta representación gráfica.

Interpretamos que la aparición del RAI en las parálisis faciales significa la preponderancia de la contracción del músculo del martillo (reflejo acústico-trigeminal, sinérgico con el del estribo) por parálisis del músculo estapediano.

Con el fin de comprobar su valor pronóstico, se estudian 15 casos, en los que se practica exploraciones sucesivas del reflejo acústico y EMG a los quince días, al mes y a los dos meses de aparecer clínicamente una parálisis de Bell:

## a) Reflejo acústico:

La primera impedanciometría muestra un RAI ipsilateral en las frecuencias registradas (500, 1000, 2000 y 4000 Hz), en todos los casos.

La segunda exploración, pone de manifiesto los siguientes datos impedanciométricos:

- No aparición de RA, en ninguna frecuencia: dos casos. Mejoría clínica.
- RA normal, en todas las frecuencias: tres casos. Normalización clínica.
- RAI en 500, 1000, 2000 Hz y desaparición de RA en 4000 Hz: dos casos. No mejoría clínica.
- RAI en 500 y 1000 y RA normal en 2000 y 4000 Hz: tres casos. Mejoría clínica importante.