

Tratamento da paralisia facial no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: análise crítica dos últimos 18 meses

JULIO GRYNGLAS DE CARVALHO, LINCOLN SAITO MILLAN, JOSÉ CARLOS MARQUES DE FARIA, MARCUS CASTRO FERREIRA

Introdução

A paralisia facial é uma condição não letal, com grande prejuízo funcional, estético e social aos pacientes acometidos. As condutas realizadas no tratamento baseiam-se na etiologia e tempo de duração da doença. Medidas iniciais de proteção ocular são obrigatórias a todos os pacientes. Colírios lubrificantes, pomadas oftálmicas e oclusão noturna são medidas úteis na prevenção de úlcera de córnea. Inúmeros procedimentos podem ser realizados no tratamento da paralisia facial. Dividimos os procedimentos em: oculares e de terço superior da face; reanimações e suspensões do terço médio; e tratamento do terço inferior e refinamentos. Nas paralisias de curta duração, definidas por tempo inferior a 18 meses, a musculatura facial é considerada viável e os esforços são direcionados a reinervá-la. O reparo primário do nervo, com ou sem uso de enxertos nervosos, é a primeira tentativa. Quando o coto proximal não estiver disponível, o enxerto de nervo sural da face sã para a face paralisada (*cross-face*) combinada com a coaptação nervosa massetérico-facial é a conduta de escolha. Em paralisias tardias, após 18 meses de evolução, considera-se a musculatura da face inviável. Nesses casos, são realizadas reanimações faciais com transposição regional de músculo, ou transplante neurovascularizado muscular. Nos indivíduos clinicamente inaptos à cirurgia de maior porte, indica-se a suspensão de face.

Objetivo

Descrever a experiência dos últimos 18 meses do Ambulatório de Paralisia Facial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, voltado ao tratamento do terço médio desses pacientes.

Métodos

Foram pesquisados, retrospectivamente, os prontuários de todos os pacientes atendidos no Ambulatório de Paralisia Facial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, no período de novembro de 2010 a abril de 2012.

Resultados

Durante esse período, foram atendidos 145 pacientes, sendo desses, 97 (66,9%) do sexo feminino, 135 (93,1%) apresentavam paralisia unilateral e 125 (86,6%) completas. Quanto à etiologia, a causa mais prevalente nos nossos pacientes foi tumoral (n=70), seguida de congênita (n=23), trauma (n=22) e idiopática (Paralisia de Bell em 20 casos). O total de cirurgias realizadas nesses pacientes foi de 63 (Figura 1).

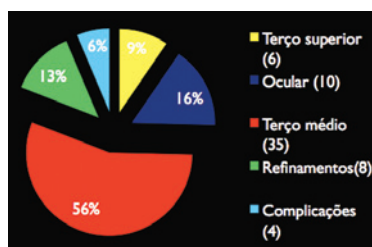


Tabela 1 – distribuição das cirurgias

Cirurgia	Quantidade
Neurectomia do frontal	1
Miectomias	1
Enxerto de cartilagem pálpebra inferior	1
Tarsal Strip	1
Exploração de neuroma	1
Enxerto de sural	2
Cantopexia	2
Suspensão de sombrancelha	2
Refixação com palmar longo	2
Reanimação com M. Grande Dorsal	3
Coaptação massetérico-facial	3
Frontoplastia endoscópica	3
Exploração de hematomas	3
Cross face	4
Reanimação com M. Grácil	5
Lipoenxertias	5
Reanimação com M. Temporal	6
Implante de peso de ouro	6
Suspensão estática	12

Tabela 2 – Inervação do retalho de músculo grácil pelo *cross-face* e pelo nervo massetérico

Enxerto transfacial (<i>cross-face</i>)	Coaptação com o nervo massetérico
Dois tempos	Tempo único
Não depende de plasticidade	Depende de plasticidade neuronal
Espontaneidade	Nem sempre espontâneo
Menos densidade neuronal	Maior densidade neuronal
Menor excursão	Maior excursão
Hipertonicidade	Hipertonicidade ausente

Conclusão

O tratamento da paralisia facial é complexo e multidisciplinar. Existem muitos procedimentos que podem ser realizados para amenizarmos as sequelas causadas pela doença. No entanto, ainda há um vasto campo para pesquisas na área.