

Ritidoplastia no tratamento da paralisia facial secundária a lesão do nervo facial

MARIANA ANGELICA BERARDI CIOFFI ^{1*}

GABRIELA DIESEL SILVEIRA ¹

MIGUEL ENRIQUE RIVERA GOMEZ ¹

GERALDO MACHADO FILHO ¹

MILTON PAULO DE OLIVEIRA ¹

MARCOS RICARDO DE OLIVEIRA JAEGER ¹

RESUMO

Introdução: A paralisia facial periférica é uma doença relativamente comum, que pode deixar sequelas estéticas e funcionais. O nervo facial é o responsável pela mímica facial e lesões desse nervo produzem deformidades em graus variáveis. O tratamento da paralisia facial visa recuperar a simetria estática e dinâmica da face. **Objetivo:** Demonstrar a utilização da ritidoplastia como tratamento de paralisia facial por lesão de nervo facial em procedimento prévio e comparar com os dados da literatura relacionada ao assunto. **Métodos:** Paciente feminina, hígida, caucasiana, que apresentava cirurgia de face 20 anos atrás, com consequente denervação parcial da hemiface esquerda. Com o envelhecimento, o lado enervado parcialmente apresentava mais flacidez. Queixava-se também da perda do contorno da face, dos dois lados, e da tristeza que este aspecto face lhe conferia. Foi-lhe indicada a ritidoplastia. **Resultados:** O resultado foi avaliado considerando o teste de FACE-Q para avaliação de estética facial, e foi comparado as fotografias obtidas de antes. **Conclusão:** A harmonização facial requer habilidade técnica, rigoroso estudo da anatomia e sensibilidade artística para individualizar o objetivo cirúrgico conforme as necessidades e desejos do paciente. O desrespeito às técnicas cirúrgicas pode levar a danos permanentes ao paciente.

Descritores: Face; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Ritidoplastia; Reabilitação; Paralisia facial.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0055

INTRODUÇÃO

A paralisia facial periférica é uma doença relativamente comum, que pode deixar sequelas estéticas e funcionais importantes no paciente¹. O nervo facial (VII par craniano) é o responsável pela inervação dos músculos da mímica, pelo tônus em repouso e pela contração voluntária e involuntária de cada hemiface. As lesões desse nervo produzem deformidades em graus variáveis. O tratamento da paralisia facial visa recuperar a simetria estática e dinâmica da face². As principais causas de paralisia facial são lesões cirúrgicas e traumáticas, acidentes vasculares cerebrais, e paralisia por etiologia não determinada, que é a mais comum.

Algumas características são comuns aos pacientes acometidos: o lado paralisado tem poucas rugas, apresenta queda da comissura labial e supercílio, e tem um sulco nasogeniano menos marcado. Ocorre uma reação hipercinética da musculatura do lado contralateral, devido à falta de tônus do lado paralisado³.

Após a fase aguda, existem alguns métodos para minimizar os efeitos e tentar devolver ao paciente expressão facial e alguma função para a musculatura da face. O tratamento inclui retalhos microcirúrgicos, sutura direta de nervos ou enxertos, transposição muscular, técnicas de suspensão e ressecção cutânea como ritidoplastia⁴.

OBJETIVO

Demonstrar a utilização da ritidoplastia como tratamento de paralisia facial por lesão de nervo facial em procedimento prévio e comparar com os dados da literatura relacionada ao assunto.

MÉTODOS

Paciente feminina, hígida, caucasiana, que apresentava cirurgia de face 20 anos atrás, com consequente denervação

parcial da hemiface esquerda. Isso lhe conferiu um grande período de agonia e uma melhora parcial (House Brackmann⁵ 4 para HB 2- Quadro 1) em 3 anos, sem nova intervenção cirúrgica. Com o envelhecimento, o lado enervado parcialmente apresentava mais flacidez, o que causava constrangimento social, mordidas despropositais na região do músculo bucinador e queda da asa nasal daquele lado. Queixava-se também da perda do contorno da face, dos dois lados, e da tristeza que este aspecto face lhe conferia.

Foi indicada a ritidoplastia com abordagem pretrágica, com amplo descolamento dos bordos cutâneos e região da face, até o limite do sulco nasogeniano de cada lado. Especial cuidado foi tomado nesta região, onde emergem cerca de 6-9 ramos do nervo facial para os músculos da mímica ao redor da boca. Este descolamento mais amplo permitiu tração da musculatura do músculo orbicular da boca, maior do lado parcialmente paralisado.

A tração do sistema musculoponeurótico de sustentação foi executada de forma similar de ambos os lados.

Não houve hematoma no pós-operatório. Foi colocado pequeno dreno de aspiração, tipo Portovac[®]. A paciente obteve alta no dia seguinte ao da operação. O edema da face foi observado nos 10 primeiros dias de pós-operatório, e vanesceu gradativamente após este período.

O resultado foi avaliado considerando o teste de FACE-Q para avaliação de estética facial, e foram comparadas as fotografias obtidas de antes (Figuras 1, 2 e 3) - momento da operação, e depois - cerca de 90 dias após o procedimento.

RESULTADOS

A paciente demonstrou satisfação em relação ao resultado obtido, o que ficou demonstrado por meio da utilização do teste paramétrico do escore de resultado estético da face (FACE-Q)⁶. Para melhor percepção dos resultados, as fotografias obtidas

¹ Hospital São Lucas da PUCRS, Porto Alegre, RS, Brasil.

Quadro 1. Classificação de House Brackmann.

Grau	Descrição	Classificação de House Brackmann	
		Em Repouso	Em movimento
I	Normal	Simetria	Função facial normal
II	Disfunção leve	Simetria e tônus normais	Fronte: função moderada; Olho: fechamento completo com esforço mínimo; Boca: assimetria discreta
III	Disfunção moderada	Simetria e tônus normais	Fronte: movimento discreto a moderado; Olho: fechamento completo com esforço; Boca: discreta fraqueza com máximo esforço
IV	Disfunção moderada grave	Simetria e tônus normais	Fronte: nenhum; Olho: fechamento incompleto; Boca: assimetria com máximo esforço
V	Disfunção grave	Assimetria	Fronte: nenhum; Olho: fechamento incompleto; Boca: discreto movimento
IV	Paralisia total	Assimetria	Nenhum movimento



Figura 1. Paciente antes e depois do procedimento.



Figura 2. Paciente antes e depois do procedimento.



Figura 3. Paciente antes e depois do procedimento.

antes e após ao procedimento também foram mostradas a paciente, para sua apreciação.

DISCUSSÃO

A ritidoplastia é uma das cirurgias estéticas mais realizadas no mundo, desde 1919 já existem relatos de técnicas

para o rejuvenescimento facial, como o *browlift* descrito por Passot⁷. Desde a década de 90, existem relatos de cirurgias minimamente invasivas, assim como técnicas endoscópicas, além do aperfeiçoamento das técnicas convencionais^{8,9}.

Existem algumas diferenças nos planos nas principais técnicas da cirurgia convencional. O procedimento pode ser feito no plano subcutâneo, onde o descolamento do retalho cutâneo é feito acima do platisma da região temporal, malar, sobre a fáscia parotídica e do músculo esternocleidomastoideo. Esta técnica é limitada e não apresenta resultados duradouros.

Outra abordagem é pelo SMAS, a dissecação dessa estrutura anatômica, acima da fáscia parotídea, permite um descolamento seguro, a tração e a elevação das estruturas no sentido inverso ao determinado pela lassidão tecidual, ampliando assim a eficiência da cirurgia. Ainda pode ser realizada a abordagem subperiosteal, que é utilizada para pacientes com ptose de estruturas do terço médio da face, mas sem frouxidão de partes moles - feita através do descolamento da região malar, via fáscia temporal superficial, os tecidos são ancorados e fixados à fáscia temporal profunda no sentido inverso da ptose⁹.

Também pode ser feita a associação das técnicas, como a ritidoplastia composta profunda de Sam Hamra, que é realizada no terço médio profunda dissecação do SMAS com reposicionamento da musculatura orbicular orbital, zigomática e do tecido gorduroso malar; e no terço inferior com descolamento subcutâneo do retalho¹⁰.

Com o crescimento das cirurgias, o número de complicações também cresceu, sendo as lesões nervosas as que despertam maior preocupação⁸. Outras complicações encontradas no procedimento são hematomas, seromas, deiscências, cicatrização inadequada, alopecia, infecções, e fistula salivar.

As principais lesões nervosas encontradas nos procedimentos são do nervo facial e seus ramos. Sendo mais frequente lesões sensitivas do que motoras. Geralmente lesões transitórias, uma lesão definitiva do nervo facial é rara. Também foi observado um número maior de lesões em técnicas endoscópicas do que em procedimentos convencionais⁸.

Na ritidoplastia cervical, a lesão mais comum é do nervo auricular magno. Parestesia e hiperestesia transitória dos dois terços inferiores da orelha, da região pré-auricular e do pescoço, geralmente duram de duas a seis semanas. Já lesões sensitivas permanentes nas porções inferiores da orelha são devido a dissecações profundas da porção média do músculo esternocleidomastoideo¹¹.

CONCLUSÃO

A ritidoplastia com plicatura do SMAS permite complementar a tração da face no terço médio e inferior, trazendo

reposicionamento para região nasal e oral, além de reduzir a flacidez e harmonizar esteticamente o lado paralisado.

A habilidade da harmonização facial requer habilidade técnica, rigoroso estudo da anatomia e sensibilidade artística para individualizar o objetivo cirúrgico conforme as necessidades e desejos do paciente. O desrespeito às técnicas cirúrgicas pode levar a danos permanentes ao paciente.

REFERÊNCIAS

1. Ramos CDS, Almeida MWR, Aguiar LFS, Cury MC. Paralisia de Bell subsequente a ritidoplastia. *Rev Bras Cir Plást.* 2011;26(2):370-3.
2. Maio M, Soares MFD. Toxina botulínica em paralisia facial: um tratamento minimamente invasivo para redução da hiperinesia muscular da região perioral contralateral. *Arq Int Otorrinolaringol.* 2007;11(1):28-35.
3. Bento RF, de Brito RV. Gunshot wounds to the facial nerve. *Otol Neurotol.* 2004;25(6):1009-13.
4. Batista KT, Cauhi AF. Reabilitação Cirúrgica da Face Paralisada. *Rev Bras Cir Plást.* 2007;22(4):253-60.
5. Fonseca KM, Mourão AM, Motta AR, Vicente LC. Scales of degree of facial paralysis: analysis of agreement. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015;81(3):288-93.
6. Iorio ML, Stolle E, Brown BJ, Christian CB, Baker SB. Plastic surgery training: evaluating patient satisfaction with facial fillers in a resident clinic. *Aesthetic Plast Surg.* 2012;36(6):1361-6.
7. Passot R. La chirurgie esthétique des rides du visage. *Presse Med.* 1919;27:258-60.
8. Sanctis MA, Punaro E, Nunes PHF, Passeri LA. Alterações nervosas na ritidoplastia: uma revisão sistemática. *Rev Bras Cir Plást.* 2014;29(3):450-5.
9. Portinho CP, Linhares CB, Deggerone D, Hoyos JL, Collares MVM. Tratamento cirúrgico da paralisia facial: estudo retrospectivo de uma série de casos. *Arq Catarin Med.* 2014;43(Suppl 1):114-6.
10. Hamra ST. Composite rhytidectomy. *Plast Reconstr Surg.* 1992;90(1):1-13.
11. McCollough EG, Perkins SW, Langsdon PR. SASMAS suspension rhytidectomy. Rationale and long-term experience. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1989;115(2):228-34.

***Endereço Autor:**

Mariana Angelica Berardi Cioffi
Avenida Ipiranga, 6690, 2º Andar, Sala 220, Porto Alegre, RS, Brasil
CEP 90610-000
E-mail: marianacioffi@icloud.com