

Resultados da reabilitação cirúrgica da face paralisada

Results in surgical rehabilitation for facial palsy

KÁTIA TÔRRES BATISTA¹
ALEXANDRE FALEIROS CAUHI¹

RESUMO

Objetivo: Descrever os resultados da reabilitação cirúrgica de uma série de casos com lesão de nervo facial, avaliados durante um período de cinco anos no Hospital de Reabilitação SARAH-Brasília. **Método:** Estudo retrospectivo de série de casos admitidos no período de 2001 a 2006, avaliando-se os resultados da reabilitação cirúrgica conforme a escala de House Brackmann (HB), em 29 (10%) pacientes, sendo 16 (55%) homens e 13 (45%) mulheres. Os procedimentos realizados foram microneurografia término-terminal em 2 (7%) pacientes, hipoglossofacial em 4 (14%), transposição do músculo temporal em 7 (24%), cantoplastia em 12 (41%) e procedimentos complementares em 4 (14%). O tempo de seguimento pós-operatório foi, em média, de 3 anos. **Resultados:** Todos os casos evoluíram com a recuperação em no mínimo um grau na escala de HB. **Conclusão:** Todos os pacientes apresentaram melhora funcional com a reabilitação cirúrgica e esta pode ser considerada um importante componente na reabilitação da face paralisada.

Descritores: Paralisia facial. Nervo facial/cirurgia. Resultado de tratamento.

SUMMARY

Objectives: To describe results in surgical rehabilitation in a series of cases with facial nerve injury, evaluated over a five year period at Hospital de Reabilitação SARAH. **Methods:** Retrospective study of a series of cases admitted during the years 2001 at 2006 period, with assessment of the surgical rehabilitation using the House Brackmann scale in 29 (10%), 16 (55%) and 13 (45%) female, were submitted to surgical rehabilitation. The following surgical procedures adopted are direct nerve suturing in 2 (7%), end-to-end neurography, facial-hypoglossal in 4 (14%), temporal muscle transposition in 7 (24%), canthoplasty in 12 (41%) and complementary procedures in 4 (14%) cases. The follow up was three years in average. **Results:** The improvement in all case was at least one degree in HB score. **Conclusion:** All patients evolved with a functional improvement with a surgical rehabilitation and can be considered a highly relevant for the paralyzed face rehabilitation.

Descriptors: Facial paralysis. Facial nerve/surgery. Treatment outcome.

Trabalho desenvolvido na Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação em Brasília, DF.
Artigo recebido: 02/10/2007
Artigo aceito: 07/08/2008

INTRODUÇÃO

A paralisia facial é consequência de diferentes tipos de lesões do VII par de nervo craniano. A causa mais comum é a paralisia de Bell, onde 80% dos pacientes se recuperam sem seqüelas. Quando a lesão do nervo é definitiva resulta em prejuízos funcionais, estéticos e graves transtornos psicossociais. O tratamento cirúrgico pode ser indicado e ainda

hoje a reanimação da face paralisada continua sendo um grande desafio para o cirurgião plástico¹. Oito meses após a lesão do nervo ocorre atrofia dos músculos da mímica facial, cuja manifestação clínica se dá pela assimetria bucal, colapso nasal inspiratório, incompetência oral, assimetria do lábio inferior, ectrópio da pálpebra inferior, lagoftalmo e ceratite. Estas alterações variam conforme a etiologia, o nível da lesão, duração da paralisia e as características biológicas individuais^{2,3}.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP).

Basicamente a reabilitação cirúrgica visa à restauração da proteção ocular, continência oral, simetria, mímica e expressão facial⁴. A indicação do reparo cirúrgico dependerá da causa e do tempo da lesão. Se ocorrer há menos de 18 meses, indica-se o reparo primário, enxerto ou transferência de nervo. Quando a disfunção exceder 18 meses, realiza-se procedimentos estáticos ou dinâmicos pela transposição ou transferência muscular¹⁻⁵.

O objetivo deste estudo é apresentar os resultados obtidos da reabilitação cirúrgica da face paralisada, em um período de cinco anos, numa série de casos atendidos no Hospital de Reabilitação Sarah-Brasília.

MÉTODO

Realizou-se estudo de 29 pacientes portadores de paralisia facial, 16 (55%) homens e 13 (45%) mulheres, 14 (48%) na faixa etária entre 21 – 40 anos, operados por cirurgiões plásticos entre janeiro de 2001 a 2006, no Hospital Sarah em Brasília. As causas de paralisia estão descritas na Tabela 1. Obtiveram-se informações quanto a idade, sexo, causa, tempo de evolução da paralisia facial, resultado cirúrgico e termo de consentimento dos pacientes. Realizou-se 2 (7%) microneurrafias término-terminal, 4 (14%) hipoglossofaciais, 7 (24%) transposições do músculo temporal, 12 (41%) cantoplastia e 4 (14%) procedimentos complementares (Tabela 1, Figura 1). O tempo de seguimento pós-operatório foi, em média, de três anos.

Procedimentos cirúrgicos e avaliação funcional

Nas lesões com menos de 18 meses, realizou-se a microneurrafia término-terminal com fio de prolene 9-0. Quando havia apenas o coto distal, foi feita a anastomose hipoglossofacial, conforme a técnica de Lexer⁴. Nas paralisias completas e tardias, realizou-se a transposição do músculo temporal, conforme a técnica de Gillies e Millard modificada^{1,4}. Dividiu-se o músculo temporal com a sua fáscia em quatro fitas, duas para o 1/3 superior e duas para o 1/3 inferior da face.

Tabela 2 – Reabilitação cirúrgica da face paralisada: avaliação pré e pós-operatória, conforme a classificação de House Brackmann.

Grau	Classificação HB pré-operatória (N)		Classificação HB pós-operatória (N)	
	N	%	N	%
Grau 1	0	0	2	7,0
Grau 2	0	0	6	20,7
Grau 3	2	7,0	9	31,0
Grau 4	6	20,7	9	31,0
Grau 5	7	24,0	3	10,3
Grau 6	14	48,3	0	0
TOTAL	29	100	29	100

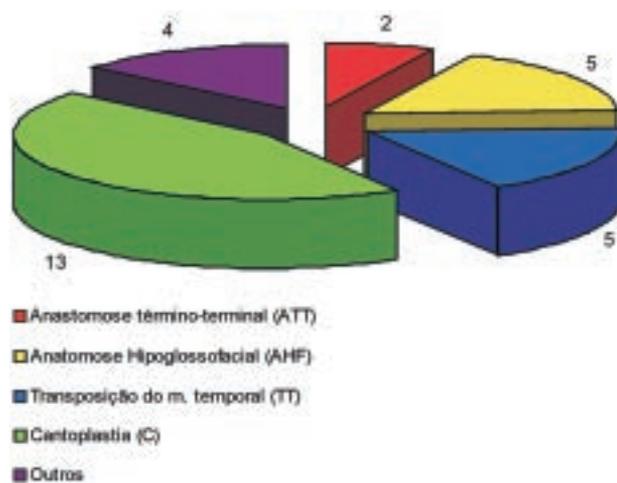


Figura 1 - Reabilitação cirúrgica da face paralisada: cirurgias realizadas no período de 2001 a 2006 no Hospital Sarah Brasília.

Tabela 1 – Reabilitação cirúrgica da face paralisada: distribuição quanto à causa e ao procedimento.

CAUSAS DE PARALISIA/ PROCEDIMENTOS	ATT	AHF	TT	C	OUTROS	TOTAL
Idiopática	-	2	2	3	2	9 (32%)
Traumática	2	1	1	1	-	5 (17%)
Neurinoma do acústico	-	2	2	-	1	5 (17%)
Congênita	-	-	-	3	-	3 (10%)
Seqüela de AVC	-	-	-	6	1	7 (24%)
TOTAL	2 (7%)	5 (17,2%)	5 (17,2%)	13 (44,8%)	4 (13,8%)	29 (100%)

Anastomose Término-Terminal (ATT); Anastomose Hipoglossofacial (AHF); Transposição do músculo Temporal (TT); Cantoplastia (C).



Figura 2 – Paralisia facial periférica, tipo VI, à esquerda. Em (A e C) vista no pré-operatório e (B e D) no 2º ano, tipo II, após a transposição do músculo temporal.



Figura 3 – Paralisia facial periférica, tipo VI, à esquerda. Em (A e C) vista no pré-operatório e (B e D) no 5º ano, tipo II, após a transposição do músculo temporal, apresentando sincinesia no pós-operatório.

Nas contra-indicações clínicas e psicológicas, paralisia parcial, déficit cognitivo ou quando o paciente não desejou realizar o procedimento, optou-se pela cantoplastia lateral para a proteção ocular, pela técnica de Kazanjian¹. Em alguns casos, indicaram-se procedimentos complementares de blefaroplastia, elevação do supercílio e enxerto de fâscia lata para a comissura bucal. Avaliaram-se os resultados conforme a escala de House Brackmann⁶, no pré e no 12º mês de pós-operatório.

RESULTADOS

De acordo com a classificação de House Brackmann (HB)⁶, comparando-se o pré-operatório e o resultado pós-operatório, todos os casos operados apresentaram melhora dos sintomas e sinais (Figuras 2 e 3). Observou-se que 8 (30%) casos recuperaram para os graus I e II, 18 (64%) para III e IV e 3 (10,3%) para o grau V ou VI (Figura 4 e Tabela 2). No pré-operatório, 21 (72,3%) pacientes apresentavam paralisia de grau V e, no pós-operatório, somente 3 (10,3%) mantiveram

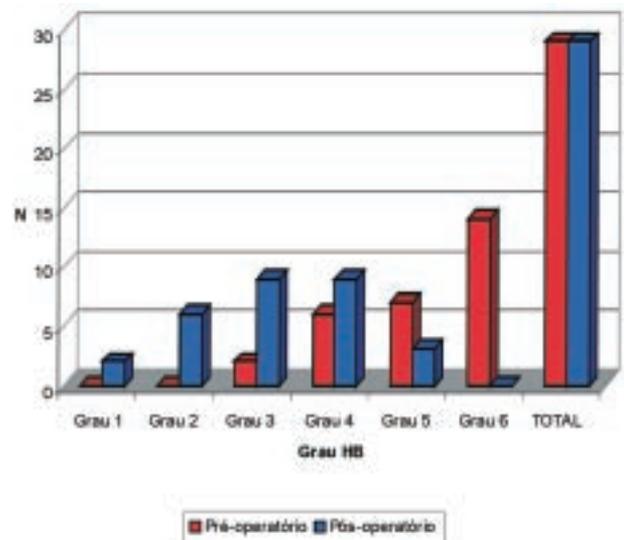


Figura 4 - Distribuição dos resultados da reabilitação cirúrgica da face paralisada, conforme House Brackmann (HB).

esta classificação (aqueles com idade superior a 60 anos, ectrópio senil, paralisia devido à ressecção de neurinoma do acústico e à seqüela de acidente vascular cerebral). Realizou-se a transposição do músculo temporal para o terço superior e inferior em um caso e a cantoplastia em dois casos.

DISCUSSÃO

Para a escolha da técnica cirúrgica avaliou-se a causa da paralisia, o tempo da lesão e aplicou-se os princípios para o reparo neural direto, a substituição do nervo e a transferência muscular²⁻⁵. Nos casos de lesões completas e tardias, optou-se pela transferência muscular, preferindo-se o uso clássico do músculo temporal ou alongado com enxerto de fásia lata, e nos casos com menos de 18 meses, realizou-se neurografia primária ou anastomose hipoglossofacial e procedimentos complementares.

Conforme descrito por outros autores⁵, os melhores resultados são obtidos com a neurografia primária. A anastomose hipoglossofacial propicia a recuperação do tônus muscular, mas, às vezes, é necessário procedimento complementar para o fechamento ocular⁷ ou reconstrução estática com enxertos de fásia⁸. Ainda hoje a preferência para os casos tardios é o uso do músculo temporal, apresentando bons resultados sobretudo para o fechamento palpebral⁵.

Semelhante ao que se descreve na literatura⁴, como complicações encontraram-se dois casos de hematoma, um caso de reconstrução incompleta, e sincinesia em um caso de mioplastia do temporal.

Segundo Labbé et al.⁹ e outros autores^{2,5}, restaurar a plenitude da expressão facial simétrica é quase impossível. Mesmo utilizando um protocolo cirúrgico único, a idade, as condições clínicas, a etiologia, o grau de lesão, a vascularização dos tecidos e, principalmente, o nível da lesão e a duração da paralisia podem influenciar nos resultados. Uma opção seria os retalhos microcirúrgicos, considerados por muitos autores como a última escolha devido a fatores técnicos e de aceitação do defeito na área doadora^{10,11}.

CONCLUSÃO

Com as técnicas descritas se obteve a recuperação funcional da oclusão palpebral, bucal e, parcialmente, a estética facial^{9,12}. Nenhum dos procedimentos pode restaurar completamente a face paralisada para a sua função normal, principalmente em decorrência da maior gravidade dos casos, porém foi possível se obter resultados funcionais e estéticos satisfatórios.

REFERÊNCIAS

1. Lazarini PR, Fouquet ML. Paralisia facial: avaliação, tratamento e reabilitação. 1ª ed. São Paulo: Lovise; 2006.
2. Stuart RM, Byrne PJ. The importance of facial expression and the management of facial nerve injury. *Neurosurg Q*. 2004;14(4):239-48.
3. Ferreira MC. Aesthetic considerations in facial reanimation. *Clin Plast Surg*. 2002;29(4):523-32.
4. Draf W. Surgical rehabilitation of the paralyzed face. In: Tardy ME, Kastenbauer ER, editores. *Head and neck surgery*. vol. 1. New York: Thieme; 1995. p.831-86.
5. Vlastou C. Facial paralysis. *Microsurgery*. 2006;26(4):278-87.
6. House JW. Facial nerve grading systems. *Laryngoscope*. 1983;93(8):1056-69.
7. Bento RF, Neto RVB, Castilho AM. Reanimação do nervo facial com anastomose hipoglossofuncular termino-terminal. *Int Arch Otorhinolaryngol*. 2005;9(1).
8. Rose EH. Autogenous fascia lata grafts: clinical applications in reanimation of the totally or partially paralyzed face. *Plast Reconstr Surg*. 2005;116(1):20-35.
9. Labbé D, Hamel M, Benateau H. Les procédés chirurgicaux de réanimation labiale dans la paralysie faciale. *Ann Chir Plast Esthet*. 2003;48(1):31-5.
10. Malik TH, Kelly G, Ahmed A, Saeed SR, Ramsden RT. A comparison of surgical techniques used in dynamic reanimation of the paralyzed face. *Otol Neurotol*. 2005;26(2):284-91.
11. Takushima A, Harii K, Asato H, Momosawa A. Revisional operations improve results of neurovascular free muscle transfer for treatment of facial paralysis. *Plast Reconstr Surg*. 2005;116(2):371-80.
12. Yamamoto Y, Sekido M, Furukawa H, Oyama A, Tsutsumida A, Sasaki S. Surgical rehabilitation of reversible facial palsy: facial-hipoglossal network system based on neural signal augmentation/neural supercharge concept. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2007;60(3):223-31.

Correspondência para:

Kátia Tôres Batista
SQN 115 bloco I apto 205 – Asa Norte – Brasília – DF – CEP: 70772-090
E-mail: katiatb@terra.com.br