



PARALISIA FACIAL – RESULTADOS CIRÚRGICOS DE 19 PACIENTES

FACIAL PALSY – SURGICAL RESULTS IN 19 PATIENTS

Priscila Bogar Rapoport, Médica do Hospital Santa Marcelina e do Hospital das Clínicas da FMUSP. Doutora em Otorrinolaringologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Frederico P. Marque, Médico residente em Otorrinolaringologia do Hospital Santa Marcelina.

Marcelo do A. Corrêa, Médico residente em Otorrinolaringologia do Hospital Santa Marcelina.

Trabalho realizado no Hospital Santa Marcelina - São Paulo - SP

Endereço para correspondência: Priscila Bogar Rapoport - Rua Galafre 35 apto 71 - CEP 04116-240 - São Paulo - SP - Telefone: (0xx11) 573-8509 - Fax: (0xx11) 448-6151.

RESUMO

A Paralisia Facial Periférica (PFP) associa-se a diversas etiologias, existindo propostas terapêuticas diferentes para minimizar suas seqüelas. Com o objetivo de analisar resultados cirúrgicos, foram estudados 19 pacientes tratados no Hospital Santa Marcelina, entre 1995 e 1998. Através de um protocolo que incluía anamnese, exame físico, exames laboratoriais, testes elétricos e audiométricos, procurou-se estabelecer a etiologia e indicação cirúrgica da PFP. Outros testes foram empregados na tentativa de se determinar a topografia da lesão nervosa como tomografia computadorizada, imitanciometria e teste de Schimmer. O grau de paralisia foi estabelecido através das classificações de House-Brackman e de Portman. A escolha da via de acesso cirúrgico dependia da topografia da lesão e da audiometria. Após cirurgia, 83,33% dos pacientes apresentaram melhora. Os pacientes com PFP devido a ferimento por arma de fogo tiveram os piores resultados clínicos, evoluindo com seqüelas como sincinesias.

Unitermos: paralisia facial, periférica, tratamento.

SUMMARY

The Peripheral Facial Palsy (PFP) is related to different etiologies, and there are different therapeutic ways to minimize the sequels. The indication of surgical treatment depends mainly on the etiology and on the clinical evaluation of PFP. The aim of the study was to analyze the clinical evaluation of PFP considering the surgical treatment of 19 patients treated on Hospital Santa Marcelina between 1995 and 1998. The protocol of the study included anamnesis, physical and biochemical exams, electric and audiometric tests looking for the etiology of the PFP. Another tests were performed trying to find the topographic diagnosis, such as CT scan, impedanciometry and Schimmer test. The grade of the palsy was determined both by House-Brackman and Portman classification. The surgical approach depended on the topography of the lesion and on the audiometric findings. After surgery, 83,3% of the patients had good outcome. The patients who had gun-shot palsy had the worst results, presenting sequels like sinkinesias.

Uniterms: peripheral facial palsy, treatment.

INTRODUÇÃO

A paralisia facial periférica (PFP) pode ser associada a diversas etiologias, sendo considerada mais freqüente a chamada paralisia idiopática ou paralisia de Bell¹. Os pacientes acometidos por PFP, devido aos prejuízos funcionais e até mesmo psíquicos estabelecidos, cobram do médico o seu prognóstico independentemente de sua etiologia.

A PFP idiopática tem recuperação espontânea em até 95% dos casos com cura em aproximadamente 3 a 8 semanas². Entretanto, poucos autores apontam o tempo desta recuperação, embora seja unânime que esta deva

ser inferior a 6 meses. Para Testa; Fukuda³ o tempo médio necessário para a recuperação total das PFP idiopáticas foi de 56,32 dias, aumentando para 153 dias nos pacientes com recuperação parcial (graus II a IV de House-Brackman) e 2672 dias nos pacientes com grau V.

Existem várias propostas para minimizar as seqüelas e diminuir a porcentagem de casos com evolução desfavorável, ou seja, com um tempo de recuperação maior do que 6 meses ou presença de sincinesias. Várias drogas têm sido estudadas para diminuir o tempo de paralisia, como corticóides, gangliosídeos e aciclovir, entre outras. Os corticóides são as drogas mais utilizadas no intuito de diminuir o edema do nervo, mas em estudo anterior

Etiologia	Nº	%
Traumática	7	36,85
FAF	4	21,05
Idiopático	4	21,05
Ramsay-Hunt	1	5,26
Infeciosa	1	5,26
latrogênica	2	10,53
Total	19	100,00

TABELA 1: Número e porcentagem de pacientes segundo a etiologia da PFP no Hospital Santa Marcelina, 1995-1998.

não encontramos diferença alguma entre placebo e dexametasona, tanto no tempo de recuperação como na presença de seqüelas⁴. Nenhuma droga até hoje provou ser eficaz para a diminuição do tempo de evolução da paralisia facial. Em trabalho anterior, verificamos a contribuição em termos de aceleração do processo de recuperação dos movimentos faciais com a utilização dos exercícios miofuncionais⁵.

A indicação cirúrgica de descompressão do nervo facial em pacientes com PFP depende de variáveis que incluem, principalmente, etiologia e evolução clínica, considerando-se o tempo de recuperação do paciente.

Estudos eletrofisiológicos demonstram que até 21 dias após a instalação da paralisia facial, as células nervosas mantêm uma capacidade de regeneração funcional satisfatória, sendo que as células musculares permanecem viáveis à reinervação por até 18 meses⁵. Pulec refere que mesmo em casos de paralisia de Bell, a realização de descompressão nervosa antes de ocorrer diminuição ou perda da excitabilidade nervosa pode resultar em imediato reparo da função facial⁶.

O objetivo do presente estudo é analisar os resultados cirúrgicos na evolução clínica de pacientes com paralisia facial periférica de diversas etiologias.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram analisados dados de 19 pacientes submetidos a cirurgia para tratamento da paralisia facial periférica no Hospital Santa Marcelina entre 1995 e 1998. A idade variou de 10 a 62 anos, com média de 35,33 anos. A etiologia e os tipos de cirurgias realizadas são descritos nas Tabelas 1 e 2.

No Hospital Santa Marcelina estabelecemos um protocolo de atendimento e conduta descrito a seguir:

No primeiro atendimento, preenchemos uma ficha para coleta de dados de cada caso. No exame físico damos importância especial à otoscopia, à palpação de parótidas e ao teste do lacrimejamento, o qual, juntamente com o do reflexo do estapédio, nos fornece rapidamente o possível local de lesão nervosa. Para a determinação do grau de paralisia, adotamos rotineiramente a classificação de House-Brackmann (I a VI) e a de Portmann (0 a 20). Os exames de rotina incluem audiometria, imitanciometria com pesquisa de reflexo estapediano, exames de sangue gerais e metabólicos (hemograma, glicemia, colesterol, triglicérides), reações sorológicas para Lues e Lyme e eletromiografia. O Quadro 1 mostra os exames so-

Tipo de Cirurgia	Nº	%
Transmastóidea	8	42,10
Fossa média	3	15,79
Enxerto	3	15,79
Extratemporal	2	10,53
Salaverry (transatrical)	2	10,53
Translabiríntica	1	5,26
Total	19	100,00

TABELA 2: Número e porcentagem de pacientes segundo o tipo de cirurgia utilizado no Hospital Santa Marcelina, 1995-1998.

Exames Complementares	Etiologia da PFP	
	Idiopática	Traumática
Hemograma	SIM	SIM
Glicemia	SIM	NÃO
Colesterol	SIM	NÃO
Triglicérides	SIM	NÃO
Audiometria	SIM	SIM
Imitanciometria	SIM	SIM
Testes elétricos	SIM	SIM
CT	NÃO	SIM

QUADRO 1: Solicitação de exames no Hospital Santa Marcelina de acordo com a causa da PFP.

licitados em nossa rotina de acordo com a causa da paralisia.

Os pacientes são orientados a cuidados oculares e exercícios miofuncionais como descritos em trabalho anterior⁵.

O acompanhamento é feito com retornos semanais até 1 mês do início da PFP e, se em 30 dias não houver melhora clínica, solicitamos exames radiológicos (tomografia computadorizada ou ressonância magnética) para afastar processos tumorais. Paralelamente ao acompanhamento clínico, realizamos testes elétricos de controle para verificar o grau de lesão do nervo. Estes testes deveriam ser realizados com intervalos de 3 dias, mas na maioria das vezes isto não é possível.

A conduta cirúrgica em pacientes com PFP idiopática no Hospital Santa Marcelina é baseada nos resultados dos testes elétricos. Já nos casos de PFP traumáticas, os pacientes são primeiramente atendidos no pronto socorro e, já neste momento, introduzimos prednisona na dose de 60 a 90 mg por dia, em doses decrescentes por até 15 dias. É importante interrogarmos neste momento se a paralisia ocorreu imediatamente após o trauma ou se apresentou instalação lenta ou tardia. Quando a paralisia não é total e teve instalação lenta ou tardia, supomos que não houve secção nem compressão importante do nervo e não indicamos intervenção cirúrgica, mas apenas tratamento clínico.

Para determinarmos o provável local de lesão do nervo o paciente é submetido ao teste do lacrimejamento, audiometria e impedanciometria (pesquisa do reflexo estapediano quando não prejudicado pela presença de líquido no ouvido médio). Consideramos o teste do

Topografia da lesão	Audiometria	
	Normal ou discusia condutiva	Cofose
Diminuição do lacrimejamento	Descompressão total (fossa média e mastóidea)	Descompressão total (mastóidea e translabiríntica)
Lacrimejamento normal	Descompressão via mastóidea	Descompressão via mastóidea (possível translabiríntica)

QUADRO 2: Tratamento cirúrgico adotado de acordo com a topografia da lesão e audiometria.

lacrimejamento o mais importante para casos de paralisia traumática, pois juntamente com a audiometria, é determinante na escolha da via de acesso cirúrgico a ser empregada (Quadro 2).

Indicamos testes elétricos para todos os pacientes com paralisia facial traumática. Os critérios de indicação cirúrgica são os mesmos, isto é, degeneração acima de 90% na eletroneurografia. A eletromiografia também é indicada no seguimento de pacientes submetidos a descompressão ou anastomose do nervo facial. Se após 18 meses de cirurgia o paciente não apresenta melhora clínica ou potenciais polifásicos, sabemos que a cirurgia não obteve sucesso⁹.

RESULTADOS

Os resultados são mostrados através das tabelas e quadros. No Quadro 1 observamos os tipos de exames solicitados aos pacientes com PFP no primeiro atendimento segundo sua suspeita diagnóstica. Na Tabela 1 apresentamos as etiologias encontradas nos pacientes que foram submetidos a cirurgia. Notamos que se agruparmos os pacientes com trauma cranioencefálico, ferimento de arma de fogo e lesão iatrogênica encontramos a grande maioria das indicações cirúrgicas (68,43%). Sem dúvida a PFP idiopática é a mais frequente, mas também é a que tem menor porcentagem de indicação cirúrgica.

A Tabela 2 mostra os tipos de cirurgias empregadas. A indicação da via cirúrgica obedeceu os critérios citados no Quadro 2. Todas as cirurgias foram realizadas via transmastoidea com a abertura da bainha do nervo facial, exceto no paciente com etiologia infecciosa (colesteatoma). É importante frisar que 3 enxertos realizados foram em pacientes com ferimento por Arma de Fogo (FAF), onde geralmente há perda de substância. Em 2 dos pacientes com FAF foi necessária a exploração extratemporal do nervo. O acesso de Salaverry para a descompressão do gânglio geniculado, também chamado de transatival, somente pôde ser realizado em alguns casos onde a celularidade do osso temporal é muito grande, havendo espaço para a descompressão do nervo sob a bigorna. A nossa única complicação foi a queixa de zumbido e discusia neurossensorial em 6 e 8 KHz em uma paciente com Síndrome de Ramsey-Hunt submetida a descompressão via transmastoidea e transatival, ficando a dúvida se a lesão foi devida a própria patologia ou ao trauma acústico pelo broqueamento cirúrgico.

O tempo transcorrido entre o diagnóstico e a cirurgia variou de 16 a 210 dias com média de 78,75 dias. So-

mente um paciente, não colocado na estatística anterior, foi submetido a enxerto de nervo sural na mesma intervenção em que ocorreu a lesão iatrogênica a nível de porção mastoidea.

O acompanhamento variou de 1 mês a 3 anos. Embora a avaliação final pós cirúrgica deva ser realizada com no mínimo 18 meses, somente 3 pacientes possuem avaliações após 12 meses. Na avaliação final, todos os pacientes tiveram alguma melhora, sendo que 83,33% dos casos escore de 15 segundo Portmann ou grau III segundo House-Brackman. O pior resultado foi de um paciente com nota 5 (Portmann) ou grau IV (House-Brackman) após 3 meses de cirurgia. Os pacientes com PFP pós FAF tiveram resultados ruins, principalmente os que necessitaram enxerto, apresentando pouca melhora muscular acompanhadas de seqüelas como sincinesias e contraturas. O paciente com lesão iatrogênica que foi submetido a enxerto no mesmo ato cirúrgico apresentou melhora do tônus após 3 meses de cirurgia, comprovando mais uma vez que as lesões devem ser reparadas o mais rápido possível.

DISCUSSÃO

O topodiagnóstico não é tão importante no casos de PFP idiopática, já que as lesões neurais são do tipo longitudinal e atingem alguns neurônios em toda a extensão nervosa, havendo a possibilidade do nervo estapedio estar comprometido e do nervo petroso superficial maior estar normal. Já nas PFP traumáticas a lesão é transversa ao nervo, portanto o topodiagnóstico é fundamental para o planejamento do acesso cirúrgico.

A classificação de House-Brackman é uma das mais utilizadas no acompanhamento evolutivo dos pacientes com PFP e foi por nós adotada por facilitar descrições científicas. Esta classificação considera as disfunções causadas pela paralisia facial e é graduada de I a VI com especial atenção a seqüelas. Mas a classificação mais prática nos casos agudos é a de Portmann, adotada também no Hospital da Clínicas da USP, na qual são dadas notas de 0 a 4 para funções musculares de franzir a testa, fechar os olhos, sorrir e assobiar, assim como para o tônus muscular no repouso.

Os exames elétricos têm fundamental importância na conduta e prognóstico da patologia. A eletroneurografia é o teste mais fidedigno pois fornece o percentual de lesão. Havendo lesão de mais de 90% das fibras há indicação de descompressão cirúrgica⁸. A eletroneurografia tem valor até 3 semanas, após este período, podemos recorrer a eletromiografia. Após 10 a 14 dias de paralisia

a eletromiografia pode mostrar potenciais de fibrilação, significando degeneração ativa e, após 4 a 6 semanas de instalada a PFP, podemos detectar potenciais polifásicos significando regeneração neural.

Indicamos a eletroneurografia somente após 3 a 4 dias após a instalação da paralisia, pois antes disto ela pode não demonstrar o verdadeiro grau de comprometimento das fibras, já que as lesões neurais ainda não se instalaram no local da medição (face). A grande restrição deste exame é que ele só tem valor se for realizado antes de ocorrer degeneração waleriana, isto é, antes de 2 a 3 semanas após a instalação da paralisia. Muitos pacientes só procuram auxílio médico quando este tempo já se esgotou.

A tomografia computadorizada tem grande valor nos casos de paralisia traumática, mas não é essencial como o topodiagnóstico ou os testes elétricos. Algumas vezes podemos notar claramente onde o nervo facial foi afetado; seguindo o traço de fratura visualizamos espículas ósseas pressionando o nervo. Para podermos ver o traço de fratura a CT é realizada em cortes de 1mm de espessura. Logicamente todos os pacientes com trauma crânio encefálico devem ser submetidos a TC de crânio, mas esta não é de valia para análise de lesões periféricas do nervo facial. Devemos também ter em mente que havendo um trauma no nervo facial ele sofre uma degeneração retrógrada de até 5 mm, portanto, num caso em que haja compressão na porção timpânica, o gânglio geniculado pode estar afetado.

Quando há indicação cirúrgica, esta deve ser realizada o mais rapidamente possível, de preferência antes da degeneração neuronal. Quando ainda não houve degeneração walleriana, a melhora clínica se dá rapidamente após a cirurgia e podemos esperar recuperação total sem seqüelas. Após esta degeneração, as fibras neurais crescem cerca de 1mm por mês, portanto a recuperação da função facial pode demorar até 18 meses. Neste período, devemos estimular a musculatura facial através de exercícios passivos e ativos. Mesmo assim, devemos esperar

recuperação parcial, com seqüelas como sincinesias e hipertônias^{10,11,12}.

O tempo transcorrido entre o diagnóstico e a cirurgia foi de 78,75 dias, um tempo muito aquém do esperado. Isto traduz a observação clínica de todos, onde o paciente só é encaminhado ao otorrinolaringologista passados muitos dias após a instalação da doença. Esta demora para o início do tratamento piora muito o prognóstico. É importante salientar que principalmente nos casos de PFP traumática sempre devemos intervir, mesmo passados meses, pois a maioria dos pacientes apresenta melhora¹³.

CONCLUSÃO

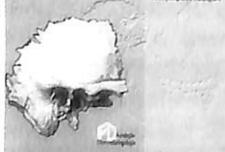
O tratamento cirúrgico da paralisia facial periférica de diferentes causas, quando bem indicado, apresenta resultados satisfatórios, mesmo quando realizado após meses de instalada a paralisia facial periférica. Um protocolo de acompanhamento clínico para PFP deveria ser estabelecido em todos os serviços de otorrinolaringologia a fim de determinar a indicação e o momento para uma intervenção cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rivas, J.A. Surgical Facial Nerve Decompression for Peripheral Facial Paralysis of Diverse Causes. *ENT J*, 75: 497-500, 1996.
2. Bento, R.F.; Miniti, A. Marone, S.A.M. *Tratado de Otolgia*. 1 ed. São Paulo, Edusp, 1998. 426-460.
3. Testa, J.G.; Fukuda, V. Paralisia Facial Periférica Idiopática. Da Incidência e dos Fatores Prognósticos. *Acta Otorinol*, 12: 9-18, 1993.
4. Bento, R.F.; Lorenzi, M.C.; Bogar, P.; Marone, S.A.M.; Miniti, A. Dexametasona x Placebo na Paralisia Facial Periférica. *Rev. Bras. Otorrinolaringologia*, 57: 196-202, 1991.
5. Gomez, M.V.S.G.; Bogar, P.; Bento, R.F.; Miniti, A. Exercícios Miofaciais e Paralisia Facial Idiopática - Relatório Preliminar. *Rev. Bras. de Otorrinolaringologia*, 62: 322-30, 1996.
6. Johns, M.E.; Crumley, R.L. Facial Nerve Injury, Repair, and Rehabilitation. 2ed. Rochester, *American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery Foundation*, 1984, 20-58.
7. Pulec, J.L. Total Facial Nerve Decompression: Technique to Avoid Complications. *ENT J*, 75: 410-415, 1996.
8. Fisch, U. Total Facial Nerve Decompression and Electroneurography. In: Silverstein, H.; Norrell, H. ed. *Neurological Surgery of the Ear*, Birmingham, Resculapius Publishing, 1977, 21-23.
9. May, M. Nerve Excitability Test in Facial Palsy: Limitations in its Use, Based on a Study of 130 Cases. *Laryngoscope*, 82: 2122-8, 1972.
10. Terris, D.J.; Fee, W.E.Jr. Current Issues in Nerve Repair. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* 119: 725-731, 1993.
11. Green, J.D.Jr.; Shelton, C.; Brackmann, D.E. Surgical Management of Iatrogenic Facial Injuries. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 111: 606-610, 1994.
12. Fisch, U. Surgery for Bell's Palsy. *Arch. Otolaryngol.* 107: 1-11, 1981.
13. Bento, R.F.; Bogar, P.; Caldas Neto, S.S.; Marone, S.A.M.; Miniti, A. Espasmo Hemifacial: Dez Anos de Experiência. *Rev. Bras. de Otorrinolaringologia*, 57: 105-109, 1991.

Manual de Dissecção do Osso Temporal

Mariza Pereira Barros
Andréa Mello
Francisca Bogar
Mônica de Sá Castro
Mário Jorge de Medeiros



Este é o primeiro livro nacional sobre anatomia cirúrgica do osso temporal com aspectos práticos, servindo como um guia dos vários passos de dissecção. É um livro essencial para aqueles que se iniciam em dissecção do osso temporal ou que se reciclam periodicamente, mostrando toda a experiência da equipe nos 34 cursos já realizados.

Nas suas 60 páginas há ilustrações da melhor qualidade, com máscaras transparentes em poliuretano importado, através das quais o leitor pode identificar as estruturas nas fotografias. Esse recurso nunca havia sido utilizado em livros deste tipo.

R\$ 70,00

**Informações com Mariza na Fundação Otorrinolaringologia
Tel.: (0xx11) 3068-9855**