

PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA TRAUMÁTICA: AVALIAÇÃO CLÍNICA E CIRÚRGICA

TRAUMATIC FACIAL PALSY: CLINICAL AND SURGICAL EVALUATION

Julia Stabenow Jorge¹, Godofredo Campos Borges², Paulo Roberto Pialarissi³, Jose Jarjura Jorge Junior²

RESUMO

Introdução: a paralisia facial de origem traumática é a segunda causa mais frequente e pode ser iatrogênica, pós-trauma crânio-encefálico, por ferimentos cortante e/ou contuso da face ou por ferimento por projétil de arma de fogo. Objetivo: relacionar os casos de paralisia facial traumática aos parâmetros de sexo, idade, tipo de acidente e resultados de tratamento clínico e cirúrgico. Metodologia: análise retrospectiva de 16 casos de Paralisia Facial Periférica Traumática do Setor de Otorrinolaringologia do Ambulatório do Conjunto Hospitalar de Sorocaba. Resultados: em relação ao sexo, 81% masculino; faixa etária entre 9 e 60 anos; quanto ao tipo de trauma, 56,25% foram por acidente, 25% por agressão e 19% iatrogênicos; quanto ao período que decorreu entre o acidente e a chegada do paciente ao ambulatório 56,25% chegaram entre sete e dez dias. Os sintomas mais frequentes foram otorragia 56,25% e parestesia da hemiface paralisada 37,5%. Foram observados zumbidos e vertigens em 31,25%, otalgia em 25%, plenitude auricular em 12,5% e dor retroauricular 12,5% dos casos; 62,5% dos casos foram submetidos a tratamento clínico e cinco, 31,25% a tratamento cirúrgico. Nos casos ratados clinicamente, obteve-se melhora de sete entre nove casos (77,7%) e entre os casos submetidos a tratamentos cirúrgicos de descompressão ou enxerto, quatro entre cinco casos (80%) tiveram melhora expressiva. Conclusão: foram observados os perfis das vítimas de Paralisia Facial Traumática, seu diagnóstico e a conduta a ser tomada nestes casos assim como os resultados do tratamento realizado.

Descritores: paralisia facial; traumatismos craniocerebrais; nervo facial; distribuição por idade; distribuição por sexo.

ABSTRACT

Purpose: trauma is the second most common cause of facial paralysis and can be caused by iatrogenesis, by brain injury, blunt or cut facial injuries or gunshot injuries. Objective: to associate the cases of traumatic facial paralysis to the parameters of gender, age, type of accident and results of clinical and surgical treatment. Methods: retrospective analysis of 16 cases of Traumatic Peripheral Facial Paralysis in the period between 2004 and 2010 in the Conjunto Hospitalar de Sorocaba outpatient clinic. Results: concerning the gender, 81% were male; the group aged between 9 and 60 years; as for the type of trauma, 56.25% were related to an accident, 25% to an aggression assault and 19% were iatrogenic. Concerning the period between the accident and the patient's arrival to the clinic, 56.25% of the patients arrived between 7 and 10 days. The most frequent symptoms were otorrhagia (56.25%) and paraesthesia of paralyzed hemiface (37.5%). Tinnitus and vertigo were present in 31.25% of the patients, 25% had otalgia, 12.5% had ear fullness and retro auricular pain was present in 12.5% of patients. Sixty two and a half percent of cases were submitted to clinical treatment and 31.25% to surgical treatment. Of those who were clinically treated, 7 out of 9 cases (77.7%) and, among the patients who underwent surgical

decompression treatments or graft, 4 out of 5 cases (80%) achieved significant improvements. Conclusion: we observed the profiles of victims of traumatic facial paralysis, diagnosis and action to be taken in these cases as well as the results of treatment.

Key-words: facial paralysis; craniocerebral trauma; facial nerve; age distribution; sex distribution.

INTRODUÇÃO

A Paralisia Facial Periférica (PFP) é a neuropatia periférica mais frequente e é uma afecção que preocupa o médico e angustia o paciente devido às alterações estéticas e funcionais que proporciona, trazendo consequências a ações cotidianas, como a dicção, a mastigação e a deglutição até a complexidade da questão psicossocial.^{1,2}

A etiologia da PFP pode ser um importante desafio, uma vez que a grande maioria dos casos é classificada como Paralisia de Bell ou idiopática. Contudo, além da Paralisia de Bell, existem outras causas de PFP: as traumáticas; as infecciosas, como as decorrentes de otites médias agudas e crônicas e da infecção por *herpes zoster oticus* (Síndrome de Ramsay-Hunt); a Síndrome de Möebius e outras causas congênitas; as neoplasias benignas ou malignas como as de parótida, o glomus jugular, o colesteatoma e o neuroma do próprio VII nervo craniano e raramente causas metabólicas, mais raras, como o diabetes melito, a gravidez, o hipertireoidismo e a hipertensão arterial.²

O trauma é a segunda causa mais frequente e pode ser subdividido em iatrogênico, pós-traumas crânio-encefálicos (TCE), por ferimentos cortante e/ou contuso da face, por ferimento por projétil de arma de fogo e por trauma de parto.^{3,4}

O nervo facial, diferentemente dos outros pares de nervos cranianos, tem um trajeto intraósseo. Deste modo, do trauma crânio-encefálico resulta uma secção ou uma compressão nervosa dentro deste canal pelo edema e, consequentemente, uma isquemia das fibras nervosas.

Anatomia do Nervo Facial

O núcleo motor do nervo facial está localizado na ponte. Antes de penetrar no meato acústico interno, ele recebe fibras do núcleo salivatório e do trato solitário e penetra o meato acústico interno juntamente com o VIII par craniano, o nervo vestibulococlear. Ao final deste canal, as fibras não motoras encontram o gânglio geniculado, onde emite o primeiro ramo

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 15, n. 3, p. 68 - 72, 2013

1. Acadêmica do curso de Medicina - FCMS/PUC-SP

2. Professor do Depto. de Cirurgia - FCMS/PUC-SP

3. Professor da Faculdade de Engenharia Biomédica - PUC-SP.

Recebido em 17/11/2011. Aceito para publicação em 30/1/2012.

Contato: juliasjorge@hotmail.com

intratemporal, que é o nervo petroso superficial maior, responsável pelo lacrimejamento. Esta porção do nervo facial é denominada porção labiríntica. Após emitir este ramo, faz uma curva aguda, conhecida como primeiro joelho e, em seguida, atravessa a mastóide pelo Canal de Falópio. Dentro deste canal, o nervo facial atravessa a caixa timpânica, trajeto conhecido como porção timpânica, onde emite o segundo ramo, o nervo estapediano, responsável pela inervação do músculo estapediano. Em seguida, faz uma pequena curva, conhecida como segundo joelho, e desce verticalmente pela mastóide, porção conhecida como vertical ou mastóidea. Pouco antes de sua saída da mastóide, emite o seu terceiro ramo intratemporal, o nervo corda do tímpano, responsável pela sensibilidade gustativa dos 2/3 anteriores da língua e pela salivagem das glândulas salivares submandibulares. Saindo da mastóide pelo forame estilomastóideo, ele emite seus ramos para a musculatura mímica da face.⁵

O Trauma do Nervo Facial

Dependendo da extensão da lesão, o nervo facial pode perder parcialmente ou completamente sua função. Se o edema é mínimo, o nervo estará anatomicamente intacto, havendo somente um bloqueio na sua condução, recuperando rapidamente e completamente sua função, sem sequelas. Conforme o acometimento das fibras no VII nervo aumenta, assim também se agravam as sequelas. As lesões traumáticas do nervo facial são, em sua maioria, por fratura do osso temporal com compressão (neuropraxia e/ou axioniotmese) ou completa transecção (neurotome) do nervo facial. Em casos em que o nervo é parcialmente acometido, o prognóstico é favorável, enquanto que a sua completa transecção exige intervenção cirúrgica para a melhora do quadro de PFP. Deste modo, são fundamentais os exames de imagem e eletrofisiológicos para pesquisar o grau e a evolução desta lesão e, assim, fazer a triagem do caso para o acompanhamento clínico ou para a cirurgia de descompressão.^{4,6}

As fraturas do osso temporal são, em sua maioria, cominutivas e didaticamente são classificadas em duas categorias baseadas na localização das linhas principais da fratura em relação ao eixo da pirâmide petrosa. Deste modo, elas podem ser longitudinais ou transversais.

As primeiras constituem 80% dos casos, podendo levar à lesão da membrana timpânica e da cadeia ossicular, porém, por serem paralelas ao nervo facial, causam acometimento do mesmo somente em 10% - 25% dos casos. Em relação às transversais, há principalmente acometimento da cápsula ótica, levando à perda neurosensorial e vertigem. Apesar dessas últimas ocorrerem em somente 20% das fraturas de osso temporal, são responsáveis por lesão em 38% - 50% dos casos.

DIAGNÓSTICO

O especialista deve sempre perguntar “por que”, “onde” e “quanto” da paralisia facial.

O “por que” refere-se à etiologia do processo.

O “onde” corresponde ao topodiagnóstico da lesão, através dos testes de Schirmer, do reflexo estapediano e da gustometria.

O “quanto” é medido através dos testes eletrofisiológicos e da escala de House-Brackmann, adotada pela Academia Americana de Otorrinolaringologia. Por fim, baseado nestes aspectos, faz-se a escolha de tratamento clínico ou cirúrgico.^{1,2,7}

TRATAMENTO

A paralisia incompleta tem um prognóstico em geral favorável e a conduta pode ser expectante. O edema do nervo, dentro do seu canal ósseo, comprime as fibras nervosas gradativamente e pode levar à degeneração. A administração de corticoesteróides, apesar de controvérsias na literatura, é geralmente recomendada, com a finalidade de minimizar o edema local e a degeneração nervosa.

Com a eletroneuromiografia avalia-se o grau de comprometimento nervoso. Aceita-se que, se a lesão nervosa estiver igual a ou acima de 90%, é recomendado que o paciente seja submetido à cirurgia descompressiva ou reconstrutiva.⁶

A cirurgia deve ser feita de modo a evitar a degeneração Walleriana e o topodiagnóstico é essencial na escolha do acesso cirúrgico. A cirurgia de descompressão do nervo facial é realizada quando o paciente apresenta sinais de degeneração. A anastomose é a cirurgia de escolha quando se tem perda de substância do mesmo e é feita pela junção término-terminal ou pela interposição de um enxerto que é mais comumente extraído dos nervos sural ou auricular posterior.^{8,9}

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é de relacionar os casos de paralisia facial traumática aos parâmetros de sexo, idade e tipo de acidente. Além disto avaliar os resultados de tratamento clínico e cirúrgico usando a escala de House-Brackmann.

MÉTODOS

Os autores realizaram análise retrospectiva dos casos de Paralisia Facial Periférica Traumática durante o período entre 2004 e 2010, no Setor de Otorrinolaringologia do Ambulatório de Atendimento Terciário, do Conjunto Hospitalar de Sorocaba, da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC - São Paulo. O trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição pelos números CEP 1250/10 e SISNEP 649/10.

Foram tabulados os dados relevantes em cada caso de Paralisia Facial Periférica Traumática, sendo estes: sexo, idade, data do acidente, data de chegada ao ambulatório, lado acometido, início súbito ou progressivo, presença de hipoacusia e/ou zumbido; fator causal (acidente, agressão, queda ou iatrogenia); sintomas (dor, lacrimejamento, parestesia, alteração gustativa, plenitude auricular, otorreia e otorragia); otoscopia; teste de Schirmer, audiometria e tomografia computadorizada.

Para avaliar a evolução dos pacientes acometidos e orientar o tratamento clínico ou cirúrgico foram realizados a eletroneurografia e a escala de House-Brackmann,¹⁰ este na chegada do caso ao setor e após o tratamento clínico ou cirúrgico realizado.

Em relação à eletroneurografia foi considerado o limite de 90% de fibras lesadas para a decisão do tratamento clínico ou cirúrgico.

A partir dos dados coletados, foram confeccionadas tabelas para a análise de incidência em relação a sexo e idade, tipo de trauma, intervalo entre o acidente e a chegada do paciente ao ambulatório do CHS, sintomas paralelos mais frequentes, indicação de tratamento clínico ou cirúrgico e evolução avaliada através da classificação de House-Brackmann.

RESULTADOS

Em sua maioria, os pacientes com PFP periférica traumática eram do sexo masculino: 13 casos (81%). A idade do grupo variou de 9 a 60 anos, com uma média de 36 anos. Quanto à distribuição do tipo de trauma, observamos que nove (56,25%) foram por acidente, sendo cinco por acidente automobilístico, três por queda e um pela queda de um objeto no osso temporal. Os outros casos foram quatro devido à agressão (25%) e três (19%) casos são iatrogênicos (Figura 1).

Foi observado o período que decorreu entre o acidente e a chegada do paciente ao ambulatório de Otorrinolaringologia do CHS. Observamos que a maioria dos casos chegaram entre sete e dez dias (56,25%), sendo de três casos nos três primeiros dias até um caso que demorou 30 dias para chegar ao ambulatório.

Os sintomas mais frequentes foram otorragia em nove casos (56,25%) e parestesia da hemiface paralisada em seis casos (37,5%). Além disso, também foram observados zumbido em cinco casos (31,25%) e vertigem também em cinco casos (31,25%). Outros sintomas também foram relatados,

como otalgia em quatro casos (25%), plenitude auricular em dois casos (12,5%) e dor retroauricular em dois casos (12,5%) (Figura 2).

Dos dezesseis casos estudados, dez casos (62,5%) foram submetidos a tratamento clínico, cinco (31,25%) ao tratamento cirúrgico e um caso (6,25%) veio somente à primeira consulta no ambulatório e não retornou.

Quanto ao grau das lesões encontrado na primeira consulta ambulatorial, de acordo com a classificação de House-Brackmann, e com exceção do caso de evasão acima citado, um caso (6,66%) foi grau I, um caso (6,66%) foi grau III, cinco (33,33%) foram grau IV, três (20%) foram grau V e cinco casos (33,33%) foram grau VI.

Na tabela 1 estão relacionados os casos submetidos a tratamento clínico ou cirúrgico e seus resultados, baseados nos critérios de House-Brackmann (H-B) pré e pós-tratamento. Nas figuras 3 e 4, os resultados quantitativos obtidos de acordo com a classificação de H-B.

Tabela 1. Resultados obtidos com as opções de tratamentos sugeridas

Resultados	Melhorou	Não Melhorou	Total
Tratamento Clínico	7	2	9
Tratamento Cirúrgico	4	1	5
Total	11	3	14

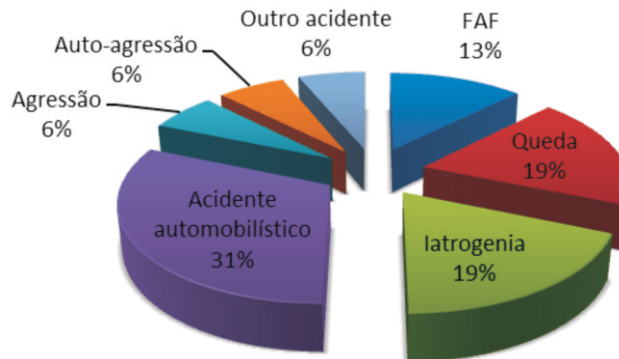


Figura 1. Ocorrência de paralisia facial periférica traumática em relação aos fatores causais. FAF – ferimento por arma de fogo.

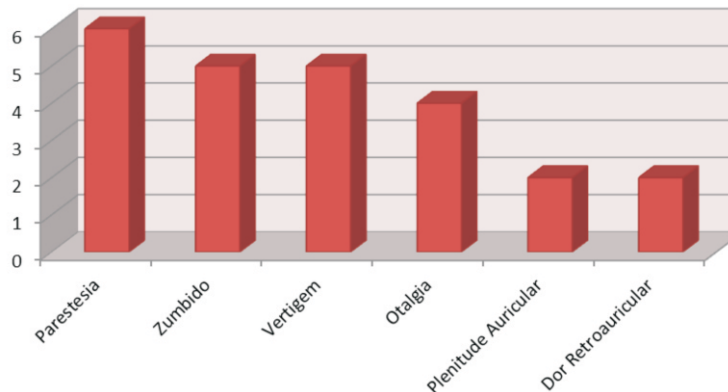


Figura 2. Sintomas mais prevalentes nos pacientes com Paralisia Facial Periférica Traumática

Obs.: figuras em cores estão disponíveis na versão on line desta revista (<http://revistas.pucsp.br/rfcm>).

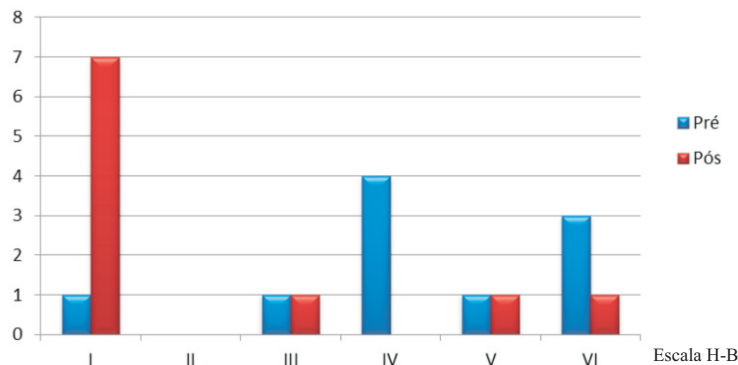


Figura 3. Evolução dos nove pacientes submetidos a tratamento clínico avaliados pela escala de House-Brackmann (H-B)

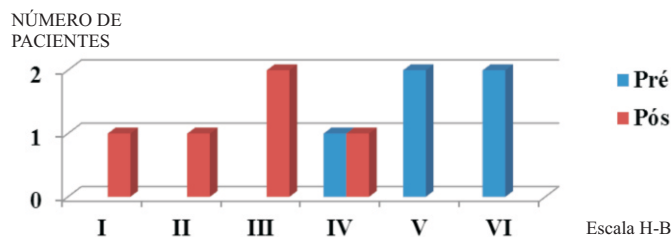


Figura 4. Evolução dos cinco pacientes submetidos a tratamento cirúrgico avaliados pela escala de House-Brackmann (H-B)

Obs.: figuras em cores estão disponíveis na versão *on line* desta revista (<http://revistas.pucsp.br/rfcm>).

DISCUSSÃO

A paralisia facial de causa traumática tem fundamental importância devido a sua alta incidência em nosso meio. O nervo facial, pelo fato de ter um longo trajeto intracraniano, favorece lesões que acometem parcial ou totalmente sua função. Os traumas podem ser por: fratura do osso temporal, fratura dos ossos da face, ferimento por arma de fogo, ferimento contuso da face, trauma no canal do parto e iatrogênicos. As lesões por trauma de osso temporal são a causa mais frequente de paralisia facial traumática. Raramente seccionam totalmente o nervo, sendo que, na maior parte das vezes, o nervo sofre pela compressão da bainha nervosa. Dessas fraturas, o acometimento longitudinal do temporal tem uma incidência bem maior e melhor prognóstico comparado com as fraturas transversa ou cominutivas. Já as lesões originadas de ferimento por arma de fogo mais frequentemente lesam o nervo na sua totalidade; essa causa tem incrementado muito as estatísticas, principalmente devido aos casos de agressão e tentativas de suicídio.^{11,12}

Schiatkin e May,¹³ apresentam 23% de causas traumáticas, Rodrigues *et al.*² apresentam 7,8% dos casos de sua casuística. Pinna *et al.*,³ num estudo com 82 pacientes descrevem dois casos de origem iatrogênica.

A incidência de PFP traumática em relação a todas as outras causas de PFP neste estudo apresentou-se de acordo com a literatura^{1,3,4,11} como a segunda causa mais frequente, ocorrendo em 20% do total de casos de PFP. Observa-se ainda que a grande maioria (81%) dos casos pertence ao sexo masculino, como mostra toda a literatura,³ talvez por expor-se mais a situações de risco que as mulheres, principalmente a agressões, ferimentos por arma de fogo e acidentes automobilísticos.

Mesmo com uma grande variação de idade entre os pacientes estudados (9 a 60 anos), a maioria encontra-se na faixa de idade economicamente ativa, o que acarreta em grande prejuízo para a sociedade e pessoalmente interfere nas atividades de vida diária, comprometendo o trabalho e, conseqüentemente, sua renda familiar.

É de grande importância que os casos traumáticos sejam atendidos clínica e, principalmente, cirurgicamente o mais rápido possível para que se obtenham resultados mais favoráveis. De acordo com Bento⁴ e outros autores observam-se que os casos operados até as primeiras três semanas após o trauma terão recuperação melhor, uma vez que as células nervosas mantêm uma capacidade de regeneração funcional satisfatória, sendo que as células musculares permanecem viáveis à reinervação até 18 meses,⁸ mas mesmo passados alguns meses deve-se intervir, pois a maioria dos pacientes apresenta melhora.³ Observamos neste levantamento que a maioria dos casos chegaram entre sete e dez dias (56,25%), possibilitando o pronto atendimento.

Quanto aos sintomas apresentados além da paralisia, são os evidentemente esperados decorrentes do trauma do osso temporal e de seu nobre conteúdo, as orelhas média e interna. Daí as otorragias, otalgias, zumbidos, vertigens e plenitude auricular.

Para a decisão entre recorrer-se ao tratamento clínico ou cirúrgico, utilizamos os critérios clínicos de diagnóstico, como a audiometria, o reflexo estapediano, os testes de Hilger e, principalmente, a eletroneurografia, aplicados assim que o paciente deu entrada no serviço.^{1,2} A maioria dos casos (62,5%) foi tratada clinicamente, pois apresentavam prognóstico favorável de acordo com esses exames.

Foi utilizada a classificação de House-Brackmann¹⁰ para a avaliação pré e pós-operatória e observou-se que dos casos tratados clinicamente, obteve-se melhora de sete entre nove casos (77,7%), e entre os casos submetidos a tratamentos cirúrgicos de descompressão ou enxerto, quatro entre cinco casos (80%) tiveram melhora expressiva.

CONCLUSÃO

Foram observados os perfis das vítimas de Paralisia Facial Traumática, seu diagnóstico e a conduta a ser tomada

nesses casos assim como os resultados do tratamento realizado. Nesta série, os resultados têm se mostrado satisfatório, com a recuperação funcional e estética da maioria dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Jorge Jr JJ, Boldorini PR. Paralisia facial periférica. Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba. 2005; 7(2):9-14.
2. Rodrigues REC, Ceccato SB, Rezende CEB, Garcia RID, Costa KS, Campilongo M, Rapoport PB. Paralisia facial periférica: análise de 38 casos. Arq Méd ABC. 2002; 27(2):62-6.
3. Pinna BR, Testa JRG, Fukuda Y. Estudo de paralisias faciais traumáticas: análise de casos clínicos e cirúrgicos. Rev Bras Otorrinolaringol. 2004; 70(4):479-82.
4. Bento RF, Salomone R, Brito Neto R, Tsuji RK, Hausen M. Lesões parciais no segmento intratemporal do nervo facial. Enxerto total ou reconstrução parcial? Arq Int Otorrinolaringol. 2007; 11(4):459-64.
5. Moore KL, Dalley II AF. Anatomia orientada para clínica. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.979-80.
6. Danner CJ. Facial nerve paralysis. Otolaryngol Clin N Am. 2008; 41:619-32.
7. Cardoso HR. Parálisis facial periférica. Rev Med Clin Condes. 2009; 20(4):528-35.
8. Rapoport PB, Marque FP, Corrêa MA. Paralisia facial: resultados cirúrgicos de 19 pacientes. Arq Int Otorrinolaringol. 2000; 4(1).
9. Lazarini PR. Tratamento da paralisia facial periférica pós-trauma craniocerebral. Acta ORL Téc Otorrinolaringol. 2005; 23(3):6-13.
10. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. Otolaryngol Head Neck Surg. 1985; 93:146-7.
11. Atolini Jr N, Jorge Jr JJ, Gignon VF, Kitice AT, Prado LSA, Santos VGW. Paralisia facial periférica: incidência das várias etiologias num ambulatório de atendimento terciário. Arq Int Otorrinolaringol. 2009; 13(2):167-71.
12. Baumann BM, Jarecki J. Posttraumatic delayed facial nerve palsy. Am J Emerg Med. 2008; 26:115.e1-115.e2.
13. Schiattkin B, May M. Disorders of the facial nerve. In: Kerr AG, Booth JB. Scott-Brown's otolaryngology. 6th ed. Oxford: Butterworth-Heinemann; 1997. v. 3, p.1-38.