



PARALISIA FACIAL DE ORIGEM TRAUMÁTICA

Dra. Priscila Bogar - Doutora em Otorrinolaringologia pela FMUSP. Médica Assistente da Disciplina de Clínica Otorrinolaringológica da FMUSP

Prof. Dr. Ricardo Ferreira Bento - Professor Associado da Disciplina de Clínica Otorrinolaringológica da FMUSP

O grupo de paralisia facial do HCFMUSP tem um protocolo de atendimento para todos os casos de paralisia traumática. Geralmente, os pacientes são primeiramente atendidos no pronto socorro de otorrinolaringologia: já, neste momento, introduzimos corticóides em dose de 8 mg de dexametasona por dia, em dose decrescente até 15 dias. Na primeira consulta ambulatorial, o paciente é interrogado sobre o local e tipo do trauma, presença de otorragia e hipoacusia. É importante interrogarmos, neste momento, se a paralisia foi imediatamente após o trauma ou de instalação lenta ou tardia. Sabemos que se a paralisia não é total, de instalação lenta ou tardia, o prognóstico é melhor, muitas vezes sem necessidade de intervenção cirúrgica. Nestes casos, supomos que não há secção ou compressão importante do nervo. Assim sendo, o edema causado pelo trauma sofre regressão rapidamente com o tratamento clínico. Avaliamos a função do nervo facial clinicamente, através da graduação de House (I a IV).

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 lacrimejamento o mais importante para casos de paralisia traumática, pois ele, juntamente com a audiometria, é determinante na escolha da via de acesso cirúrgico a ser empregada (Quadro 1).

Indicamos testes elétricos para todos os pacientes com paralisia facial traumática. 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 cirúrgica. Indicamos a eletro-neuroniografia somente após 3 a 4 dias após o trauma; antes disto, ela pode não demonstrar o verdadeiro grau de lesão, pois ainda não se instalaram a lesão neural no local da medição (face). O grande problema deste exame é que ele só tem valor se for realizado antes de ocorrer

Quadro I

	Audiometria Normal ou Disacusia Condutiva	Cofose
Diminuição do Lacrimejamento	Descompressão Total (Fossa Média e Mastoídea)	Descompressão Total (Mastoídea e Translabiríntica)
Lacrimejamento Normal	Descompressão Via Mastoídea	Descompressão Via Mastoídea (Possível Translabiríntica)

degeneração Walleriana, isto é, antes de 2 a 3 semanas após a instalação da paralisia. Muitos pacientes com traumas extensos só nos procuram quando este tempo já se esgotou. Após este período, podemos recorrer à eletromiografia. Após 10 a 14 dias de paralisia, a eletromiografia pode mostrar potenciais de fibrilação, significando degeneração ativa, e, após 4 a 6 semanas, podemos detectar potenciais polifásicos, significando regeneração neural. 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 sucesso.

A tomografia computadorizada tem grande valor nos casos de paralisia traumática, mas não é essencial como o topodiagnóstico ou os teste 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 TC 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 o nervo facial. Devemos também ter em mente que, havendo trauma no nervo facial, ele sofre degeneração retrógrada de até 5 mm; portanto, a compressão pode estar a nível de porção timpânica, mas 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, em que não há estimulação da musculatura facial, devemos estimulá-la através de exercícios passivos e ativos. Mesmo deste modo, devemos esperar recuperação parcial, com seqüelas, como sincinesias e hipertônias.

@rquivos na Internet.

Visite a HOME PAGE da Disciplina de Otorrinolaringologia FMUSP

<http://www.hcnet.usp.br/otorrino>

Na home page você encontrará:

- Atendimento Assistencial e Grupos de Trabalho
 - Como e quando funcionam os vários grupos de atendimento
- Seminários de atualização - 1995
 - Estão disponíveis vários temas de atualização *on-line*
- A Otorrinolaringologia através do mundo
 - Principais "sites" relacionados com nossa especialidade em todo o mundo, onde você poderá "linkar" diretamente.
- Produção científica da disciplina
 - Trabalhos publicados pelos colegas de nosso Serviço
- O que você gostaria de saber sobre...
- Página com informações para leigos sobre problemas otorrinolaringológicos.