O Nervo Facial

Ricardo Ferreira Bento
Robinson Koji Tsuji

Antiguidade e primeiros estudiosos

Charles Bell[1] escreveu: *"a expressão facial do ser humano me fascina, porque serve ao prazer mais básico e bestial, e participa da emoção mais forte e gentil do espírito"*. Com isso ele definiu a importância filosófica da paralisia facial periférica, que elimina a simetria facial, um dos atributos da beleza, criando um efeito antiestético, que minimiza o prazer do homem ou aumenta seu sofrimento. A paralisia facial periférica era conhecida e foi representada na arte pelos egípcios, gregos, romanos, incas e outras culturas nativas na América pré-colombiana.

O primeiro estudo médico da doença é atribuído a Avicena2. Ele foi o primeiro a registrar diferenças entre paralisia facial central e periférica:

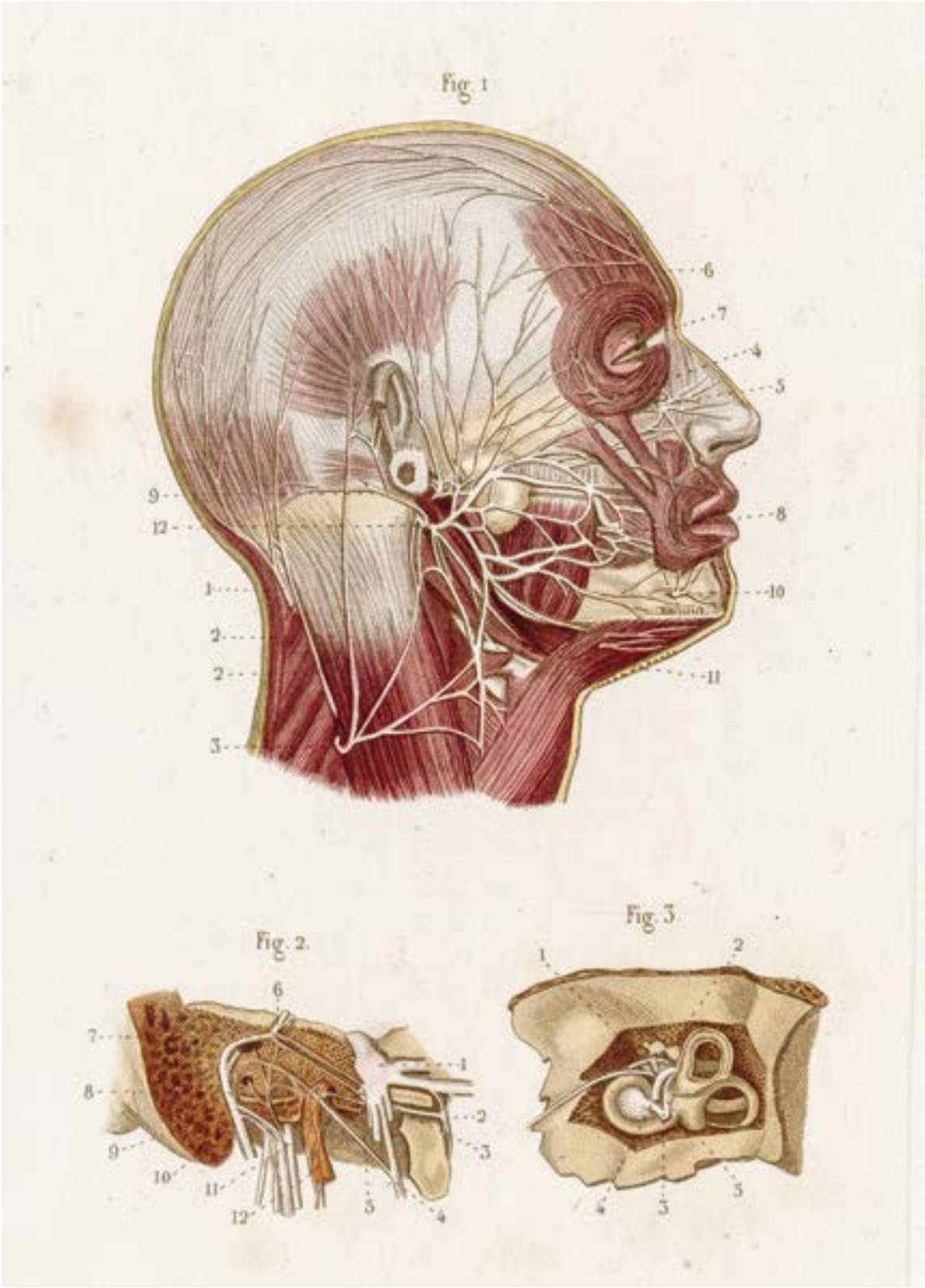
> *Se a doença que produz paralisia vem do meio do cérebro, metade do corpo fica paralisada. Se a doença não está no cérebro, mas no nervo, apenas o que depende desse nervo fica paralisado.*

Entre as causas da paralisia facial periférica, Avicena contava compressão devido a lesão, tumor ou secção do nervo. Para tratamento, prescrevia plantas medicinais para aplicação tópica – todas elas com efeito vasodilatador. Para alguns casos, recomendou cauterização atrás da orelha na região do forame estilomastoideo, um procedimento que também tem efeito vasodilatador; também pres-

---

1 Anatomista, cirurgião e fisiologista escocês, Charles Bell (1774-1842) é um renomado autor e pesquisador; autor de Uma ideia de uma nova anatomia do cérebro (1811).

2 Abu Ali al-Hussain ibn Abdallah ibn Sina (c. 979-1037) foi um médico, filósofo e polímata persa de grande influência durante a chamada Idade de Ouro Islâmica; no Ocidente, é conhecido como Avicena, seu nome em latim. Grande expressão na história da medicina e da filosofia, e reconhecido por suas contribuições em diversas áreas do conhecimento, é comumente chamado de "Pai da Medicina Moderna" e sua obra mais famosa é O Cânone da Medicina, que sintetiza conhecimentos da medicina greco-romana, persa e indiana, além de suas próprias observações e descobertas.



O nervo facial

creveu massagem facial e no pescoço. Ele enfatizou *que "se ocorrer a secção do nervo, a única alternativa é a sutura coto a coto"*.

Quanto ao prognóstico, Avicena afirmou que *"nenhuma recuperação deve ser esperada de qualquer paralisia facial que dure mais de seis meses"*. Podemos considerar que ele tinha conhecimento muito avançado sobre paralisia facial periférica para sua época.

Galeno (século II d.C.) avançou a neuroanatomia por meio da dissecção e vivissecção do boi e do macaco-de-gibraltar. Abu al-Hasan Ali ibn Sahl Rabban al-Tabari (?-870 d.C.) foi um médico persa conhecido como Tabari e a quem é atribuída a primeira descrição precisa de uma paralisia facial. Ele se baseou nos estudos de Galeno, que supunha que diferentes partes do rosto devem ser inervadas por nervos separados.

Em 1798, Nicolaus A. Friedreich de Würzburg, avô de Nicolaus Friedreich de Heildelberg, que descreveu a ataxia como tendo sido nomeada em sua homenagem, publicou estudo detalhado sobre o início, o quadro clínico, a evolução e o tratamento da paralisia facial periférica em três pacientes.

A exposição a correntes de ar frio ocorreu nos três casos antes do início da paralisia. Assim, Friedreich postulou que a paralisia pode ocorrer quando causas locais atuam no nervo facial. Publicou seu estudo na Alemanha em 1798, o "De paralysis musculorum faciei rheumatica". Uma revisão em inglês de seu artigo foi publicada no periódico *Annals of Medicine* em 1800, em Edimburgo, na Escócia, onde Charles Bell era, à época, um estudante de medicina.

De acordo com Bird (1979), é possível que Charles Bell tenha lido esse artigo. Seu primeiro caso de paralisia facial periférica foi publicado em 1821 e seu artigo mais importante, em 1828. No entanto, Bell fez outras contribuições para a história da neurologia e da anatomia, pois: (a) reconheceu as diferenças entre a divisão anterior e a posterior dos nervos espinhais; (b) identificou o nervo longo torácico; (c) destacou o VII nervo craniano, separando-o do V e VIII; (d) descreveu o sinal de Bell; e (e) foi o primeiro a descrever hiperacusia e disgeusia como sintomas de paralisia facial periférica após auto-observação e observações do Professor Roux, de Paris.

Concluindo, acreditamos que os pioneiros no estudo médico da paralisia

facial periférica tenham sido: Avicena, Nicolaus Friedreich e Charles Bell.

O suíço Ugo Fisch (1931-2019), um dos maiores estudiosos de nervo facial no mundo, comprovou, em trabalhos com Esller, que a eletroneuromiografia feita a partir do quarto dia de paralisia facial (PF) poderia evidenciar que o nervo estaria entrando em degeneração walleriana e, se não fosse descomprimido antes do primeiro mês, poderia deixar sequelas. O local de compressão era quase sempre o primeiro segmento do nervo facial, que é o mais estreito e posicionado justamente na saída do nervo do canal de Falópio para o meato acústico interno. Ele identificou anatomicamente um ligamento que foi chamado de *ligamento de Fisch*, onde se dava a compressão e deveria ser descomprimido pela via fossa média, uma vez que, pela via mastoidea, se tem o labirinto na frente e levaria à surdez do paciente.

O tratamento da paralisia facial no Brasil

Em nosso meio não há dúvida de que cabe a Marcial Antônio Salaverry (1917-2001) o pioneirismo no tratamento cirúrgico das paralisias faciais periféricas. De tão envolvido que era com esse tema, colegas se referiam a ele como "Facial Salaverry". É dele o trabalho "Tratamento Cirúrgico das Paralisias Faciais Periféricas Otológicas", apresentado em 1962 no XI Congresso Nacional de Medicina e publicado, em 1963, na revista *Medicina, Cirurgia e Farmácia*.

Com esse trabalho, Salaverry demonstrou o tratamento cirúrgico descompressivo do nervo facial em cinco pacientes – três em consequência de fratura do crânio, dois com recuperação total e um com recuperação apenas do facial inferior. O paciente foi operado três meses após o acidente e tinha uma esquírola óssea no canal de Falópio, um caso por traumatismo cirúrgico não verificado no ato, com recuperação praticamente total, e um caso de paralisia de Bell operado mais de três meses após, com recuperação total. Ele descreveu uma via de acesso ao segmento labiríntico (primeira porção) que é possível em alguns pacientes, de acordo com o tamanho da mastoide.

Nesse mesmo trabalho, Salaverry emitiu opiniões bastante criteriosas:

1. *"Somos de opinião que cabe ao Otologista, princi-*

palmente, o tratamento clínico das paralisias faciais periféricas quando a lesão estiver localizada do gânglio geniculado ao buraco estilomastoideo. E, portanto, é ele quem deve receber os doentes precocemente a fim de instituir o tratamento adequado, clínico ou cirúrgico, e mais valerá intervir precoce do que tardiamente."

2. *"Enfatizamos a necessidade de uma intervenção exploradora precoce nas fraturas do crânio com paralisia imediata, nos casos em que os testes elétricos mostrarem reações de degeneração.*

3. *"Preconizamos, também, a operação descompressiva nos casos de paralisia de Bell, 30 dias após o início da paralisia, quando não houver, nesse período, sinal de regressão ou, no máximo, até aos 60 dias, quando a regressão iniciar e estabilizar, como único meio de evitar lesões permanentes de sincinesia".*

Jorge Henrique Arraes de Alencar Pierre publicou, em 1998, nos Arquivos da Fundação de Otorrinolaringologia, um interessante artigo no qual comenta que

> *a partir da publicação inicial de Salaverry, várias técnicas semelhantes foram publicadas mudando um ou outro pequeno detalhe, mas conservando a essência da Via Transatical. [...] todos os autores estrangeiros utilizaram a mesma técnica, modificando-a somente para aumentar o espaço atical e prevenir a lesão do ouvido interno por um eventual contato da broca com a cadeia ossicular. Uma atitude prudente e louvável, mas, daí, a mudarem complemente o nome da técnica é outra história.*
>
> *Na minha opinião, o máximo que poderiam fazer seria descrever suas modificações como variantes da via transatical, que aliás é um nome compacto, que descreve com perfeição o acesso cirúrgico. Por que mudar o nome que foi dado por seu idealizador, com diferença de cinco anos entre o trabalho original e o segundo trabalho publicado? O que mais incomoda é que estes nomes dados pelos autores estrangeiros geralmente são os*

> *mais utilizados nos trabalhos escritos em língua inglesa.*

Jorge Henrique conclui da seguinte forma:

> *Lanço aqui a proposta de que esta técnica seja divulgada sempre que se falar sobre a descompressão do segmento labiríntico do nervo facial, e que seja parte dos cursos de dissecção do osso temporal ministrados por todo o País. Portanto, a César o que é de César ou melhor A SALAVERRY O QUE É DE SALAVERRY.*

Marcial Antônio Salaverry (1917-2001).

Além de Salaverry, outro entusiasta do nervo facial é Décio Lisboa de Castro, que sempre propugnou pela inclusão do tema nos congressos brasileiros de otorrinolaringologia, culminando com a realização, em 1988, no Rio de Janeiro, sob seu comando, do Simpósio Internacional do Nervo Facial.

Décio Castro sempre comentou que, nos anos 1970, a grande tarefa era divulgar a patologia, o diagnóstico e o tratamento da maioria das afecções do nervo facial, salientando que elas eram, efetivamente, responsabilidade do otologista. Em suas palavras:

> *Simultaneamente com a cirurgia da Vertigem e do Neuroma do Acústico, foi desenvolvida a cirurgia do Nervo Facial. A primeira tarefa nos anos setenta foi divulgar no Brasil que a patologia, diagnóstico e tratamento da maioria das afecções no Nervo Facial era da responsabilidade do otorrinolaringologista por dois motivos: primeiro, porque a maior parte do trajeto do nervo facial é dentro da área otorrinolaringológica; segundo, porque a maior parte da patologia do nervo facial acontece dentro desta área. Embora, teoricamente, a lógica tenha sido bem aceita, na prática, entretanto, a resistência foi grande.*

Em primeiro lugar, a maioria dos neurologistas não se conformou em entregar mais um nervo aos otologistas (já tínhamos o auditivo). Depois, havia a resistência de otorrinolaringologistas mais velhos, não convencidos da necessidade de acrescentar um novo capítulo à sua tradição. Em terceiro lugar, ainda tivemos que enfrentar a latência dos mais moços.

O panorama acima teve episódio muito típico e pitoresco em 1980. No ano seguinte, o Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia iria se realizar em Fortaleza, sob a Presidência do professor Ocelo Pinheiro. Dirigi-me a ele, de quem era muito amigo, e pedi que incluísse no programa científico algo sobre o diagnóstico e tratamento de patologia facial. Ocelo sempre me tratou como um filho. Com a maior delicadeza e com o maior carinho me respondeu: "Veja, meu filho! Não podemos colocar um assunto desses no Congresso! Aqui no Nordeste ninguém se interessa por isso". Não vai, neste relato, evidentemente, nenhuma crítica ao professor. Cito o episódio apenas para dar ideia de uma etapa da evolução da Otologia.

A continuidade da divulgação, o interesse crescente pela área e o reconhecimento de que "Facial é coisa nossa", particularmente após o Simpósio Internacional do Rio de Janeiro, em outubro de 1988, fez com que o nervo facial passasse a fazer parte do programa científico de todos os congressos brasileiros, ao mesmo tempo em que se formavam grupos de estudo em alguns serviços e o assunto passou a ser selecionado para teses e para muitos trabalhos similares de investigação.

Presentemente, Décio e Ricardo Bento destacam que a cirurgia descompressiva do nervo facial, com os novos métodos de pesquisa e tratamento, passou a ter indicação em menos de 10% dos casos. E, nestas situações, costuma fazer a descompressão total no nervo facial, seguindo as normas preconizadas por Ugo Fisch.

Também Roberto Martinho da Rocha trabalhou em descompressões do nervo facial e assim relatou:

Nunca senti, como muita gente não sentiu, que a cirurgia do nervo facial deveria, necessariamente, chegar ao ponto que o Ugo Fisch recomenda, porque, segundo ele, a lesão do facial é lá em cima, o que obrigaria a trepanar o osso temporal para alcançar o nervo lá no alto. A opinião de outros é que a lesão do facial é, sobretudo, na parte mais baixa.

Fiz muitas cirurgias do nervo facial do gânglio geniculado até o buraco estilomastoideo. Na Clínica Kós, fizemos, junto com o doutor Portinho, duas cirurgias, abrindo uma janela na escama do temporal para alcançar o nervo facial, por cima. Usamos um artifício, de abrir um orifício através da fossa média.

Fizemos também alguns treinamentos em cadáver. Utilizamos, igualmente, esse tipo de cirurgia em paralisia de Bell. Entretanto, não podemos afirmar, nesses casos, que a cura do paciente tenha sido pela própria cirurgia ou pela evolução da paralisia, que em muitos casos tem cura espontânea.

O Prof. Dr. Ricardo Ferreira Bento, do Hospital das Clínicas de São Paulo, é, sem dúvida, o brasileiro mais proeminente no estudo e na difusão da abordagem contemporânea do nervo facial. Entre suas contribuições, temos o desenvolvimento da anastomose nervosa com cola de fibrina, criação do grupo mais antigo grupo interdisciplinar de paralisia facial no Brasil. Ministrou, ao longo de sua carreira, mais de cem palestras internacionais, além de ser o único brasileiro com curso na Academia Americana de Otorrinolaringologia por muitos anos.

Seus estudos sobre paralisia facial traumática receberam prêmio da Fundação Bradesco. Ricardo Bento também descreveu uma técnica cirúrgica para a descompressão do gânglio geniculado pela via fossa média:

> *A técnica descrita por Fisch nem sempre é fácil reconhecer a posição do gânglio geniculado. Na minha técnica, eu identifico inicialmente o tegmen timpânico, que é facilmente visível. Assim, a partir abertura do tegmen, identifico a porção timpânica e o gânglio geniculado.*

No ano de 1983, Ricardo Ferreira Bento foi escolhido com bolsa CNPq, como *fellow* pelo Professor Ugo Fisch. Ele traz o seguinte relato desse período:

> *Fiquei 18 meses em Zurique como fellow, onde pude aprender a técnica e trazer para o Brasil. Chegando ao Brasil, imediatamente montamos, com o incentivo do Prof. Aroldo Miniti, o Grupo Multidisciplinar de Nervo Facial, que funciona até hoje e quase 10.000 pacientes por lá passaram; no Grupo tínhamos neurologistas, neurocirurgião, com o qual aprendi muita coisa de nervo periférico, Dr. Antonio José Tedesco-Marchese, e, na Cirurgia Plástica, com o Dr. Marcos Castro Ferreira.*

Prof. Dr. Ricardo Ferreira Bento e Prof. Tedesco-Marchese, década de 1980.

Este grupo publicou ao longo destes 40 anos, 147 trabalhos científicos, um Tratado de Paralisia Facial e 13 teses de doutoramento.

Ricardo Bento descreve a técnica revolucionária de anastomose de nervo facial com cola de fibrina humana, primeiramente em gatos, em sua tese de doutorado, e, posteriormente, em humanos, em sua tese de livre-docência:

> *Eu mesmo fazia a cola com a ajuda do Prof. Luiz Ubirajara Sennes, uma vez que não existia no mercado, primeiro no meu doutorado realizado em animais (gatos) e depois na minha livre-docência em pacientes. Com isso facilitamos muito a anastomose antes feita com fio de náilon 6.0, que era muito mais difícil e lesionava o coto do nervo.*

Além disso, Ricardo Bento descreve que aprendeu ao longo dos anos a importância da multidisciplinaridade no tratamento da paralisia facial:

> *Este grupo foi fundamental no tratamento de muitos pacientes e aprendemos trabalhar multidisciplinarmente com ou-*

> *tras especialidades e outras profissões, como fonoaudiologia e fisioterapia, na reabilitação e hoje temos a Valéria Goffi Gomes, nossa fono, que trabalha também com a reabilitação dos nossos pacientes.*

Segundo Ricardo Bento, quando foi descrito e encontrado o vírus herpes simples na bainha do nervo facial, isso mudou a evolução da paralisia de Bell:

> *Na paralisia de Bell, além do uso de corticoide, iniciou-se o uso de anti-herpéticos, sendo o primeiro o Aciclovir; o número de pacientes que não entravam em degeneração walleriana quando o tratamento era iniciado no começo do sintoma caiu dramaticamente e hoje é pequeno o número de pacientes com paralisia de Bell que realizamos a descompressão.*

Sobre o tratamento cirúrgico do nervo facial, Ricardo Bento tem a seguinte opinião*:*

> *O acesso ao nervo facial intratemporal deve ser realizado pelo otorrinolaringologista. Sou da opinião que a cirurgia deve ser indicada em lesões maiores que 90% a eletroneurografia em relação ao lado contralateral. A descompressão deve ser feita de acordo com os testes topodiagnósticos. Quando houver diminuição do lacrimejamento, o gânglio geniculado deve ser descomprimido junto com a primeira porção, por via fossa média ou pela via descrita por Salaverry em alguns casos.*

No ano de 1986 foi criado na UNIFESP (antiga escola Paulista de Medicina) o Grupo de Distúrbios do Nervo Facial com os professores Dr. Paulo Emmanuel Riskalla, Dr. Mario Sergio Lei Munhoz, Dr. Yotaka Fukuda, Dr. José Ricardo Gurgel Testa e Dra. Ligia Maria Olympio. Vários cursos de dissecção foram realizados, assim como diversos treinamentos em animais de laboratório para o treino de sutura neural, com colaboração do Prof. Dr. Manoel Simões, do Departamento de Histologia da UNIFESP. O Dr. José Ricardo Gurgel Testa relata: *"Fiz minha tese de mestrado sobre os fatores prognósticos de 506 casos de paralisia idiopática. Várias teses e artigos científicos foram realizados usando pacientes desde ambulatório".*

Na Santa Casa de São Paulo, a partir dos anos 1970, sob a orientação do

Prof. Dr. Otacílio de Carvalho Lopes Filho, nomes como o do Prof. Dr. Lídio Granato, Prof. Dr. Ney Penteado de Castro Jr., Prof. Dr. Fernando de Andrade Quintanilha Ribeiro, Prof. Dr. Carlos Alberto Herrerias de Campos e Prof. Dr. Ivo Bussoloti Filho passaram a realizar cirurgias em casos clínicos com comprometimento do nervo facial.

No ano de 1990, sob a coordenação do Dr. Paulo Roberto Lazarini, foi criado o Ambulatório de Paralisia Facial. Sobre essa época, Dr. Lazarini faz o seguinte relato:

> *Neste mesmo projeto de atendimento médico, um fato de grande diferencial foi a inclusão de diversos profissionais da área da saúde, como a Fonoaudiologia, com Marina Lang Fouquet e Daniela Maria Santos Serrano; o apoio psicológico ao paciente, com a inserção do Serviço de Psicologia pela atuação da Daniela Achette dos Santos; e, mais recentemente, a Fisioterapia, com a Marcela Monteiro Bonin*.

O serviço da Santa Casa, juntamente com outras especialidades médicas, ampliou a execução de técnicas operatórias do nervo facial: descompressão do nervo facial intratemporal; descompressão neurovascular em ângulo ponto-cerebelar, com o Prof. Dr. Américo Rubens Leite dos Santos, neurocirurgião; neuroanastomoses com neurossural, *cross-face* e enxertos neuromiovasculares, em integração com o Prof. Dr. Murilo Fraga, cirurgião-plástico do Departamento de Cirurgia, e do Prof. Dr. Antonio Carlos da Costa, microcirurgião da Ortopedia; cuidados oftalmológicos, com os oftalmologistas Dra. Lilian Midori Sameshima e Dr. Sergio Felberg, do Departamento de Oftalmologia; procedimentos de rotação de músculo temporal, com o Dr. Oscimar Benedito Sofia, cirurgião bucomaxilofacial; e, ainda, os cuidados fisioterapêuticos com o uso de toxina botulínica, pelo Prof. Dr. Sergio Lianza.