

Achados fonoaudiológicos em pacientes submetidos a anastomose hipoglosso facial

Phonoaudiological findings in patients submitted to hypoglossal-facial anastomosis

Elisabete C. C. F. Silva¹, José R.G. Testa²,
Yotaka Fukuda³

Palavras-chave: paralisia facial periférica, anastomose hipoglosso-facial, mastigação, deglutição, fala, disfagia.
Key words: peripheral facial paralysis, facial hypoglossal anastomosis, chew, swallowing, speech, dysphage.

Resumo / Summary

Anastomose hipoglosso-facial (AHF) tem sido realizada em pacientes com lesão dos segmentos mais proximais do nervo facial em que outros procedimentos cirúrgicos não foram possíveis ou não obtiveram êxito. **Objetivo:** O objetivo atual da pesquisa é verificar as alterações na mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios, quanto à função da fala, mastigação e da deglutição, em pacientes submetidos a AHF. **Forma de estudo:** Clínico prospectivo. **Material e método:** Foram avaliados 8 pacientes, com paralisia facial periférica (PFP), submetidos a AHF, na UNIFESP/EPM, no período de 1998 a 2000, sendo 6 do sexo feminino e 2 do sexo masculino, idades entre 21 e 71 anos e mediana de 50 anos. Desses, 5 pós-exerese do Schwannoma do Nervo Vestibular, 1 pós-exerese de Fibrossarcoma, 1 pós-ferimento por arma de fogo e 1 pós-paralisia facial idiopática de má evolução. Na avaliação fonoaudiológica, o protocolo consta de: dados de identificação; classificação da recuperação do nervo facial; tratamentos realizados; simetria facial no repouso e no movimento voluntário; sincinesias para olho, boca, nariz e bochechas; distúrbios fonoarticulatórios e da motricidade da língua; alteração na mastigação e do paladar, e questionário referente ao parecer dos respectivos distúrbios para serem respondidos pelo paciente. **Resultado:** O grau de paralisia pós-anastomose e reabilitação variou para os olhos entre II e V e para a boca entre III e V (House & Brackemann, 1985). Concluímos que recuperação foi satisfatória e importante, mas a expectativa de melhora foi inferior ao esperado pelos pacientes. Foram observados: imprecisão articulatória, disfunção mastigatória, escape bucal de alimentos e disfagia.

The hypoglossal-facial anastomosis (HFA) have been related in patients with facial nerve lesion where proximal segment more other surgical produceres had been failed or had not been possible success. **Aim:** The objective of the present research is to verify the evidence of mobility in the phonoarticulate organs, speech function, chew and swallowing in patients subjected to HFA. **Study design:** Clinical prospective. **Material and method:** Eight patients with peripheral facial paralysis (PFP) were evaluated and subjected to HFA at UNIFESP/EPM in the period from 1989 to 2000, with 6 females and 2 males, aged between 21 and 71 years with an average of 50 years. Of these, 5 after exeresis of Acoustic Neurinoma, 1 after exeresis of Fibrosarcoma, 1 after a gunshot wound and 1 after idiopathic peripheral facial paralysis of poor evolution. In the phonoaudiological evaluation, the protocol used involved identification data; classification of the facial nerve; treatments carried out; facial symmetry in repose and on voluntary movement; synhinesis of the eyes, mouth, nose and cheeks; phonoarticulate and tongue disorders; changes in chew and of the palate and a questionnaire concerning the appearance of the respective disturbances. **Results:** The degree of pos anastomosis and rehabilitation ranged to the eyes between II and V and to the mouth between III and V (House & Brakemann, 1985). We came to the conclusion that the recover was satisfactory and important but patients/recover expectation were inferior. There have been noted: articulatory imprecision chewing dysfunction, deficit sphincteral function of oral muscles and disphage.

¹ Fonoaudióloga, Especializada em Distúrbios da Comunicação Humana – Campo Fonoaudiológico- Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM).
Mestranda em Ciências da Reabilitação Neuro-Motora, pela Universidade Bandeirantes de São Paulo- UNIBAN.

² Médico Doutor, Professor afiliado da Disciplina de Otorrinolaringologia – Pediatria da Universidade Federal de São Paulo, responsável pelo setor de Distúrbios do Nervo Facial (UNIFESP/EPM).

³ Médico Doutor, Professor Associado e Livre Docente da Disciplina de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM).
Trabalho realizado na Disciplina de Otorrinolaringologia de Departamento de Otorrinolaringologia e Distúrbios da Comunicação Humana da UNIFESP/EPM.

Endereço para Correspondência: Elisabete Cardoso Coelho Ferreira da Silva - Rua Teixeira de Mello 221 ap. 032 Tatuapé São Paulo 03067-000
Tel (0xx11) 6198-5382 / 9181-7700 - E-mail: Elisabete_silva@hotmail.com

Trabalho apresentado como tema livre e concorreu a prêmio no 35º Congresso Brasileiro de Otorrinolaringologia –
9º Congresso Ibero-latinoamericano de Otorrinolaringologia 2000 Natal/RN, Brasil.
Artigo recebido em 26 de julho de 2002. Artigo aceito em 13 de maio de 2003.

INTRODUÇÃO

A face do ser humano caracteriza-se como o seu "cartão de visita". Nela, expressamos os nossos sentimentos, através dos movimentos e das mímicas faciais como alegria, tristeza, choro, raiva e o sorriso, associados ou não à comunicação verbal.

A presença das paralisias faciais pode levar uma pessoa a apresentar problemas psicológicos, sociais e, muitas vezes, profissionais. Além disso, alterações como a lubrificação do olho acometido, alteração na articulação da fala e da deglutição são encontrados e com prejuízo nas suas funções.

A PFP pode surgir por origem traumática, infecciosa, tumoral, congênita ou idiopática.

Na presença da PFP, muitas vezes são indicados testes prognósticos como a Eletroneurografia e o teste de Higer, os quais evidenciam o potencial de ação motora das fibras nervosas do nervo facial^{1,2}. Dentre os tratamentos cirúrgicos, os mais indicados são a descompressão do nervo facial, o enxerto e a anastomose hipoglosso-facial. O tratamento medicamentoso é indicado na fase aguda. A terapia fonoaudiológica visa a reabilitação da motricidade facial e a integração do paciente na sociedade.

A AHF tem sido realizada como procedimento cirúrgico para o tratamento da paralisia facial com mínima ou nenhuma recuperação. Uma das indicações cirúrgicas para a AHF ocorre após a exérese do Schwannoma do Nervo Vestibular (Neurinoma do VIII par)³, quando instalada a paralisia facial unilateral, levando à uma assimetria facial, falta dos movimentos dos músculos da face, associados a sincinesias e a espasmos^{4,5}. Outras indicações seriam todos os casos onde a porção proximal do nervo facial está inviável.

Após a AHF, a função de fechamento do olho tem sido citada por vários autores, que comentam a competência do músculo orbicular dos olhos no fechamento voluntário quase completo ou completo do olho⁷. Entretanto, existe a necessidade do uso de lubrificantes no olho, até que se possa realizar o fechamento completo do mesmo³.

Com relação à fala e à mastigação, inúmeros trabalhos relatam que, após a AHF, o paciente pode apresentar movimentos em massa muscular associados aos da língua, em situação de alimentação, em curto espaço de tempo⁸.

Apesar da presença de atrofia da hemi-língua favorecendo a sua incapacidade de movimento, a função da deglutição não demonstrou-se muito alterada^{4,7}, mesmo para as consistências líquidas e/ou pastosas⁸, com possibilidade de melhora após 2 ou 3 meses⁴ e alteração na articulação das palavras na fala.

Todos os pacientes submetidos a AHF apresentavam grau VI de paralisia facial. Após a cirurgia, os pacientes foram submetidos a avaliação fonoaudiológica.

Os objetivos da atual pesquisa são verificar a mobilidade dos órgãos fonoarticulatórios, a fala, a mastigação a deglutição e a expectativa de melhora dos pacientes submetidos a Anastomose Hipoglosso Facial.

CASUÍSTICA E MÉTODO

Foram avaliados 8 pacientes com PFP, submetidos a AHF e acompanhados no Ambulatório de Otorrinolaringologia (setor de Distúrbios do Nervo Facial) do Hospital São Paulo, Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, no período de 1989 a 2000. Submeteram-se voluntariamente à avaliação fonoaudiológica 6 pacientes do sexo feminino e 2 do sexo masculino no primeiro semestre de 2000. Entre os pacientes avaliados, em relação à faixa etária, observamos: 21-30 anos de idade (2 pacientes), 31-40 anos de idade (1 paciente), 41-50 anos da idade (2 pacientes), 51-60 anos de idade (2 pacientes) e 71-80 anos de idade (1 paciente).

Desses pacientes, 4 apresentavam-se com PFP à esquerda e 4 à direita. A AHF foi indicada em 5 pacientes com PFP pós-exérese de Schwannoma do Nervo Vestibular, 1 com PFP pós-exérese de Fibrossarcoma, 1 com PFP pós-ferimento por arma de fogo (FAF) e 1 com PFP idiopática de má evolução. Todos os pacientes fizeram acompanhamento otorrinolaringológico periódico, nos quais foram observados presença de melhora ou não e o grau da PFP, baseados na classificação de House & Brakemann (1985).

Para a avaliação fonoaudiológica, foi elaborado um protocolo de avaliação, constando:

- I) Dados de Identificação (nome, sexo, data de nascimento, idade, registro geral do Hospital São Paulo – RG/HSP, raça, profissão, endereço completo e telefone) e anamnese (data do início e o lado da PFP, modo de aparecimento, sinais e sintomas, reflexo estapediano, lacrimenjamento, cirurgias e antecedentes).
- II) Classificação da recuperação do Nervo Facial e conduta otorrinolaringológica (descompressão, peso de ouro em pálpebra, uso de colírio e/ou pomada oftalmológica).
- III) Tratamentos realizados (medicamentos, fisioterapia, terapia fonoaudiológica).
- IV) Avaliação Fonoaudiológica pós-operatória, compreendendo:
 - a) Simetria em repouso da face (prega naso labial, olhos e boca);
 - b) Simetria durante o movimento voluntário referente aos critérios de expressão frente à elevação do músculo frontal, fechamento suave dos olhos, sorriso de boca aberta, protrusão labial (bico) e inflar a(s) bochecha(s), considerando assimetria em total, severa, moderada, leve e ausente;
 - c) os movimentos quase completo e movimento completo;
 - d) com relação à sincinesia facial, foi classificada como: sem sincinesia, pouca sincinesia, sincinesia evidente sem deformar e sincinesia total;
 - e) Distúrbios Fonoarticulatórios, solicitando-se ao paciente que emita verbalmente os números de 1 a 10, os dias da semana e os meses do ano;

- f) Distúrbios da motricidade da língua relacionada à elevação, depressão, lateralização (direita e esquerda), rotação (horário e anti-horário), estalido e vibração;
- g) Distúrbios do paladar, mastigação e deglutição;
- h) Conduta fonoaudiológica;
- i) Questionário: 1- Você acha que melhorou os movimentos da face, depois da cirurgia? Sim/Não. 2- Você acha que a cirurgia favoreceu nas funções da fala? Sim/Não. 3- Você acha que a cirurgia favoreceu nas funções da mastigação? Sim/Não. 4- Você acha que a cirurgia favoreceu nas funções da deglutição? Sim/Não.

Todos os pacientes passaram em consulta com o otorrinolaringologista e, posteriormente, foram submetidos a avaliação fonoaudiológica, seguindo o protocolo descrito anteriormente, sentados em uma cadeira, solicitando que respondessem e que realizassem os movimentos relacionados à mímica facial. Além disso, foi solicitada a autorização para que fossem fotografados durante a avaliação fonoaudiológica.

RESULTADOS

Todos os pacientes avaliados e relatados neste trabalho encontravam-se com Grau VI (severo) (o grau de PFP pré-AHF).

Vale ressaltar que os pacientes 6 e 8 enumerados em todas as tabelas foram recentemente submetidos a AHF, com poucos resultados visíveis.

Os resultados encontrados estão explanados nas Tabelas 1-10.

DISCUSSÃO

A etiologia da paralisia facial mais freqüente foi após a exérese do Schwannoma do Nervo Vestibular. O tempo transcorrido de paralisia facial e a idade dos pacientes não influenciaram no resultado final para a mímica facial, mas fluiu negativamente na função dos órgãos fonoarticulatórios, dificultando a conversação em decorrência da atrofia da língua³.

No caso da paciente com Fibrossarcoma, como foi submetida à radioterapia, sua melhora foi lenta e o resultado funcional para a mímica facial foi pior. Não encontramos na literatura pesquisas relatando radioterapia pós exérese de Fibrossarcoma relacionada com a AHF. Acreditamos que, talvez o tempo da PFP (6 anos), a idade da mesma e o efeito da radioterapia possam ter sido fatores para a existência de fibrose na região que recebeu o tratamento, dificultando a miofunção dos respectivos órgãos.

Na Tabela 1, todos os pacientes foram submetidos a AHF, após a instalação e duração da PFP, que variou de 1 a 6 anos, sendo que 4 deles a realizaram no primeiro ano. Kessler et al. referem o intervalo entre a instalação da PFP e

a AHF entre o 5º e o 21º mês. Já Sawamura et al. realizaram a AHF no intervalo compreendido entre 20º e 45º mês.

Para a Tabela 2, 6 pacientes tiveram indicação do peso de ouro (1 grama), na tentativa de favorecer o fechamento palpebral e a lubrificação da córnea, o que confere com os achados literários^{9,10,11}, que validam o uso do peso de ouro como ajuda dinâmica no fechamento palpebral e no combate aos problemas da córnea, decorrentes da não lubrificação. Além disso, complementam sobre a importância da continuidade do uso de lubrificantes, com o intuito de manter a hidratação ocular, o que também confere com os nossos achados, onde todos os pacientes precisaram continuar a utilizar o colírio^{3,10}.

Com relação às funções neurovegetativas, ainda aa Tabela 2 e o questionário aplicado mostraram que 4 dos 8 pacientes apresentaram alterações do paladar, 7 apresentaram alteração da mastigação, revelando dificuldades na motricidade da língua durante a manipulação dos alimentos sólidos, necessitando do apoio manual para a retirada de resíduos estasiados no sulco gengivo jugal e 2 pacientes apresentaram essas alterações acompanhado de escape de alimento pela comissura labial. Além disso, 2 pacientes referiram dificuldades na deglutição, com presença de engasgos para dietas líquidas ou a própria saliva, decorrente da hemiatrofia da língua. Apesar da grave incapacidade funcional da língua, aparentemente não observaram dificuldades para a mastigação e para a deglutição de alimentos líquidos⁸; e que o resultado final da AHF constitui um sucesso como tratamento em pacientes com longo estadiamento da PFP, não levando a comprometimentos da função da língua⁷. Entretanto, pode ocorrer relato de dificuldades para a função da mastigação no pós-operatório³, não conferindo os nossos achados com esses autores.

A inconveniência para alimentar-se após a secção do nervo hipoglosso, principalmente no 2º ou 3º mês pós AHF, são relatados⁴, como também para a mobilidade de lábios, língua e bochechas¹¹. Em toda a nossa amostra, as alterações das funções da mastigação e da deglutição foram constatadas, conferindo com os achados desses autores, mesmo além do tempo da AHF descrito pelos mesmos. Não encontramos na literatura citações referentes às alterações do paladar e da presença de engasgos com alimentos líquidos no pós AHF, demonstrada na Tabela 2, podendo estarem relacionados à secção da inervação do ramo do XII (alça do Hipoglosso).

Com relação à simetria facial no repouso, podemos observar nas Tabelas 3 e 10 que a prega naso-labial apresentou-se menos evidenciada, presença da queda palpebral e no fechamento incompleto do olho para os Graus III, IV e V, os quais não foram observados para o Grau II. A inadequação do alinhamento do ângulo da boca presente nos Graus IV e V não foram observados nos Graus II e III.

Na literatura, sucessos quanto ao retorno do tônus muscular facial, da simetria da prega não labial, do adequado

Tabela 1. Distribuição dos 8 pacientes com PFP relacionado à idade, tipo de cirurgia, data, ladoda face com paralisia facial periférica, grau de lesão após cirurgia e anastomose hipoglosso-fácial

Paciente N°	Sexo	Idade (anos)	Cirurgia Realizada	Ano da lesão Nervo Facial	Lado afetado pela PFP	Grau de PFP	Anastomose hipoglosso-facial	Tempo entre a cirurgia e avaliação	Grau da PFP *
01	F	54	SV	1997	Esq.	VI	03/98	26 meses	olho GIII boca GIV
02	F	50	SV	1995	Esq.	VI	08/96	44 meses	olho GII boca GIV
03 ¹	F	71	FB	1991	Dir.	VI	05/97	36 meses	olho GIII boca GIV
04	M	58	SV	1989	Esq.	VI	08/92	96 meses	olho GII boca GIV
05	F	41	SV	1998	Esq.	VI	08/99	8 meses	olho GIII boca GIV
06*	M	30	ID	1996	Dir.	VI	04/00	2 meses	olho GIV boca GIV
07	F	21	FA	1994	Dir.	VI	07/97	40 meses	olho GIII boca GIII
08*	F	40	SV	1998	Dir	VI	05/00	7 dias	olho GV boca GV

* Pacientes submetidos a anastomose hipoglosso-facial recentemente.

¹Paciente submetida a radioterapia.

PFP= paralisia facial periférica; SV= Schwannoma Vestibular; FB= Fibrossarcoma; ID= Idiopática;

FAF= Ferimento por arma de Fogo.

*Classificação da recuperação do Nervo Facial, baseados nos critérios de House & Brackmann (1985).

Tabela 2. Distribuição de 8 pacientes com PFP submetidos à AHF em relação a audição, peso de ouro, lacrimejar, uso de colírio, paladar, mastigação e deglutição

Paciente N°	Audição	Peso de ouro pálpebra	Lacrimajamento	Uso de colírio	Paladar	Mastigação	Deglutição (líq. / sól.)
01	Anacusia	O E	Alterado	Sim	Alterado	Alterada	Alterada líquido
02	Anacusia	O E	Alterado	Sim	Alterado	Alterada	—
03 ¹	Anacusia	O D	Alterado	Sim	Adequado	Adequada	—
04	Anacusia	Au	Alterado	Sim	Adequado	Alterada	—
05	Anacusia	O E	Alterado	Sim	Alterado	Alterada	Alterada líquido
06*	Anacusia	O D	Alterado	Sim	Adequado	Alterada	—
07	Anacusia	O D	Alterado	Sim	Adequado	Alterada	—
08*	Anacusia	Au	Alterado	Sim	Alterado	Alterada	—

* Pacientes submetidos a anastomose hipoglosso-facial recentemente.

OE= olho esquerdo; OD= olho direito; Au= ausente; - = dados não referidos pelo paciente.

¹Paciente submetida a radioterapia.

e simétrico fechamento palpebral e melhora do alinhamento do ângulo da boca, foram encontrados no pós AHF^{8,7}. Mesmo nos pacientes com longo tempo de pós AHF não observamos tanta melhora como refere a literatura. Isso pode ser justificado pelo número insuficiente ou reduzidas inervações das fibras axonais¹². Entretanto, no nosso estudo encontramos somente em um paciente com Grau II de PFP que apresentava essas estruturas adequadas no repouso.

As presença de simetria mostrada na Tabela 4, as al-

terações quanto aos movimentos voluntários mostrados na Tabela 5 e a presença de sincinesia apresentada na Tabela 6 para as funções como elevação do músculo frontal, fechamento suave dos olhos, sorriso de boca aberta, elevação da asa nasal (cara de cheiro ruim), protrusão labial e para inflar as bochechas, foram encontrados dificuldades na execução dos mesmos na maioria dos pacientes, com variação do grau e do tempo do pós AHF. Para a motricidade dos músculos da mímica facial, os movimentos ocorrem em massa e com

Tabela 3. Distribuição de 8 pacientes com PFP submetidos à AHF em relação à simetria facial no repouso

N° Pacientes	Prega naso labial	Olhos Fechados	Boca
1	Mais pronunciada	Adequado com discreto sincinesia do Mm. mentális	Adequada
02	Menos pronunciada	Discreta queda da pálpebra à esquerda	Adequada
03 ¹	Menos pronunciada	Discreta queda da pálpebra à direita	Ângulo baixo
04	Adequada	Adequada	Adequada
05	Menos pronunciada	Queda da pálpebra à esquerda	Adequada
06*	Ausente	Pálpebra com queda à direita	Ângulo baixo
07	Menos pronunciada	Queda da pálpebra à direita	Ângulo baixo
08*	Ausente	Pálpebra com queda à direita	Ângulo baixo

*Pacientes submetidos a anastomose hipoglosso-facial recentemente.

¹Paciente submetida a radioterapia.

Mm.= músculo

Tabela 4. Distribuição de 8 pacientes com PFP submetidos à AHF em relação ao movimento voluntário facial

Paciente N°	Elevação do Mm. Frontal	Fechamento suave dos olhos	Sorriso com a boca aberta	Cara de cheiro ruim	Bico (protusão_labial)	Inflar as bochechas
01	Ausência à esquerda	Movimento completo	Movimento débil	Movimento débil	Movimento débil	Movimento ausente (desvio lábio sup. p/ D e lábio inf. p/ E)
02	Pouco movimento iniciado	Pouco movimento iniciado	Pouco movimento iniciado	Pouco movimento iniciado	Movimento quase completo	Movimento quase completo
03 ¹	Pouco movimento iniciado	Movimento completo	Movimento débil	Pouco movimento iniciado	Movimento débil	Pouco movimento iniciado
04	Movimento débil	Movimento quase completo	Movimento débil	Movimento débil	Movimento quase completo	Movimento débil
05	Movimento débil	Movimento quase completo	Pouco movimento iniciado	Pouco movimento iniciado	Movimento quase completo	Movimento quase completo
06*	Movimento débil	Movimento quase completo	Pouco movimento iniciado	Pouco movimento iniciado	Movimento quase completo	Movimento quase completo
07	Pouco movimento iniciado	Movimento débil	Pouco movimento iniciado	Movimento débil	Movimento quase completo	Pouco movimento iniciado
08*	Ausência de movimento	Movimento débil	Pouco movimento iniciado	Movimento débil	Movimento débil	Pouco movimento iniciado

*Pacientes submetidos a anastomose hipoglosso-facial recentemente.

¹Paciente submetida a radioterapia.

Sup.= superior; Inf= inferior; D= direito; E= esquerdo

disfunção^{7,13}. Sincinesias durante o ato de fechamento palpebral associados à elevação do ângulo da boca são observados em alguns pacientes, como também movimentos lingual associados aos movimentos da mímica facial⁸. Observamos que a sincinesia facial foi mais evidente durante a motricidade labial, por exemplo, no sorriso favorecido pela contração do músculo zigomático (maior e menor) durante

a elevação do lábio superior, complementando com a estimulação do músculo orbicular dos olhos, elevando a pálpebra inferior e diminuindo a abertura palpebral, simultaneamente. Além disso, as funções de protrusão labial e o inflar a bochecha uni ou bilateral, também foram constatados maior comprometimento durante o movimento, proporcionando, assim, assimetria de graus variados.

Tabela 5. Distribuição de 8 pacientes com PFP submetidos à AHF em relação à simetria facial em movimento voluntário

Paciente N°	Elevação do Mm. Frontal	Fechamento suave dos olhos	Sorriso com a boca aberta	Cara de cheiro ruim	Bico (protusão_labial)	Inflar as bochechas
01	Assimetria severa	Leve assimetria	Assimetria severa	Leve assimetria	Leve assimetria	Total assimetria
02	Total Assimetria	Assimetria moderada	Assimetria severa	Assimetria moderada	Leve assimetria	Leve assimetria
03 ¹	Assimetria moderada	Leve assimetria	Assimetria severa	Assimetria severa	Assimetria moderada	Assimetria moderada
04	Assimetria severa	Leve assimetria	Assimetria severa	Assimetria severa	Assimetria moderada	Assimetria moderada
05	Assimetria moderada	Leve assimetria	Assimetria severa	Assimetria moderada	Assimetria moderada	Leve assimetria
06*	Assimetria moderada	Leve assimetria	Assimetria severa	Assimetria moderada	Assimetria moderada	Leve assimetria
07	Assimetria moderada	Assimetria severa	Leve assimetria	Assimetria severa	Leve assimetria	Assimetria moderada
08*	Total assimetria	Total assimetria	Total assimetria	Assimetria severa	Assimetria severa	Assimetria moderada

*Pacientes submetidos a anastomose hipoglosso-facial recentemente.

¹Paciente submetida a radioterapia.

Sup.= superior; Inf= inferior; D= direito; E= esquerdo

Tabela 6. Distribuição de 8 pacientes com PFP submetidos à AHF em relação à sincinesia facial em movimento

Paciente N°	Elevação do Mm. Frontal	Fechamento suave dos olhos	Sorriso com a boca aberta	Cara de cheiro ruim	Bico (protusão_labial)	Inflar as bochechas
01	Sem incinesias	Sem sincinesias	Pouca sincinesia	Pouca sincinesia	Pouca sincinesia	Sincinesia evidente sem deformar
02	Sincinesia evidente sem deformar	Pouca sincinesia	Sincinesia evidente sem deformar	Sincinesia evidente sem deformar	Pouca sincinesia	Pouco sincinesia
03 ¹	Sincinesia evidente sem deformar	Sincinesia evidente sem deformar	Pouca sincinesia	Pouca sincinesia	Ausência de sincinesia	Sincinesia evidente e/ total movimento
04	Sincinesia evidente sem deformar	Sincinesia evidente sem deformar	Sincinesia evidente sem deformar	Sincinesia evidente sem deformar	Sincinesia evidente e/ total movimento	Sincinesia evidente e/ total movimento
05	Sem sincinesia	Pouca sincinesia	Pouca sincinesia	Pouca sincinesia	Sincinesia evidente sem deformar	Sincinesia evidente sem deformar
06*	Sem sincinesia	Pouca sincinesia	Pouca sincinesia	Pouca sincinesia	Sincinesia evidente sem deformar	Sincinesia evidente sem deformar
07	Sem sincinesia	Sem sincinesia	Pouca sincinesia	Pouca sincinesia	Pouca sincinesia	Pouca sincinesia
08*	Sem sincinesia	Sincinesia evidente	Sem sincinesia	Sincinesia evidente sem deformar	Sincinesia evidente c/ total movimento	Sincinesia evidente sem deformar

*Pacientes submetidos a anastomose hipoglosso-facial recentemente.

¹Paciente submetida a radioterapia.

Sup.= superior; Inf= inferior; D= direito; E= esquerdo

Entretanto, ao solicitar aos pacientes que elevassem a língua até a papila incisiva, as sincinesias foram menos evidentes, em relação à língua no repouso em soalho bucal.

Quando o paciente submete-se a AHF, espera-se que algumas fibras nervosas da língua faça a função da motricidade da face, principalmente quando na presença da motricidade lingual. Isso foi constatado em nossa amostra, tanto na AHF tardia ou recente, mesmo considerando que os movimentos de elevação lingual estejam comprometidos pela hemiatrofia da língua.

Quanto aos movimentos de elevação, depressão, lateralização, rotação, estalido e vibração da língua, as Tabelas 7, 8 e 9 demonstraram que grande parte dos pacientes

apresentaram movimentos deficitários, com presença de tremor, desvios e dificuldades na realização dos mesmos. Esses achados conferem com os encontrados na literatura, que discorrem sobre os distúrbios no movimento e na execução das funções da fala, mastigação e na deglutição, presentes na hemiatrofia da língua⁵.

Durante a fala, a mastigação e a deglutição, a participação da motricidade da língua é imprescindível. Para isso, existe a necessidade da sua integridade anatômica e fisiológica. Na presença da AHF, há comprometimento na inervação da língua, favorecendo a sua atrofia, desvio e tremores durante a movimentação, além do adormecimento permanente, em maior ou menor grau, relatado por todos

Tabela 7. Distribuição de 8 pacientes com PFP submetidos à AHF em relação aos distúrbios da motricidade da língua

Paciente N°	Elevação	Lateral Depressão	Dir. Esq.	Rotação	Estalido	Vibração	
01	Tremor	Desvio p/ dir.	NL	Deficitária c/ tremor	Deficitária c/ Tremor	Realiza	Não realiza
02	Deficitária c/ tremor	Deficitária c/ tremor	NL	Deficitária c/ tremor	Deficitária p/ esq.	Realiza	Não realiza
03 ¹	Deficitária c/ tremor	Deficitária c/ tremor	Deficitária c/ tremor	Deficitária c/ tremor	Tremor	Realiza	Não realiza
04	Deficitária c/ tremor	Deficitária c/ tremor	Deficitária c/ tremor	Deficitária c/ tremor	Deficitária c/ tremor	Realiza	Não realiza
05	Deficitária c/ tremor e desvio p/ esq.	Deficitária c/ tremor	NL	Deficitária c/ tremor	Deficitária	Realiza	Realiza
06*	Deficitária c/ tremor	Tremor c/ desvio p/ dir.	Tremor	Tremor	Deficitária c/ tremor	Realiza	Não realiza
07	Deficitária e/ discreta desvio p/ dir.	Tremor	Tremor	NL	Deficitária	Realiza	Realiza
08*	Deficitária	Tremor	Deficitária c/ tremor	NL	Deficitária	Não realiza	Não realiza

*Pacientes submetidos a anastomose hipoglosso-facial recentemente.

¹Paciente submetida a radioterapia.

Dir/dir.= direita; Esq./esq.= esquerda-, NL= normal.

Tabela 8. Distribuição dos distúrbios da motricidade de língua dos 8 pacientes com PFP submetidos à AHF em comparação com o grau da função do Nervo Facial

Distúrbios da Motricidade de Língua	GI	GII	GIII	GIV	GV
Adequada	-	-	-	-	-
Tremor	-	1	2	2	3
Deficitária	-	1	2	2	3

Tabela 9. Distribuição dos distúrbios da motricidade da língua em 8 pacientes com PFP submetidos à AHF em relação ao tipo de movimento de língua

Distúrbio da Motricidade	Elevação	Depressão	Lateral		Rotação	Estalido	Vibração
			Dir.	Esq.			
Adequado	1	2	3	2	-	7	2
Tremor	7	7	5	6	4	-	-
Deficitária	4	3	5	6	5	-	-
Não realiza	-	-	-	-	-	1	6

Tabela 10. Distribuição da simetria da face em repouso de 8 pacientes com PFP submetidos à AHF em comparação com o grau da paralisia

Simetria no Repouso	GI		GII		GIII		GIV		GV	
	Adeq.	Alter.	Adeq.	Alter.	Adeq.	Alter.	Adeq.	Alter.	Adeq.	Alter.
Face										
Prega nasolabial	-	-	1	-	-	2	-	2	-	3
Olhos										
Fechamento	-	-	1	-	-	2	-	2	-	3
Boca	-	-	1	-	2	-	1	1	-	3

os pacientes, demonstrados nas Tabelas 7, 8 e 9.

Os sons dos fonemas da Língua Portuguesa ocorrem através dos órgãos fonatórios (lábios, língua e bochechas), em suas corretas posições e regiões de articulação. A língua participa de uma gama de fonemas durante a sua mobilidade associada aos lábios, como, por exemplo: os fonemas linguo-dentais /t/, /d/, /l/ e /n/; línguo-palatais /lh/, /nh/; línguo-velares /k/, /g/ e os línguo-alveolares /i/, /r/ e /rr/.

No que norteia a deglutição, na fase oral preparatória, a mastigação do bolo alimentar ocorre com a participação da língua. Entretanto, na presença da hemiatrofia e a alteração da motricidade, ocorre estase em vestibulo oral do lado da paralisia facial, dificultando a limpeza bucal. Em seguida, a deglutição também pode estar comprometida devido à diminuição do movimento de propulsão e ejeção do bolo na passagem da fase oral para a fase faríngea, dos alimentos de várias consistência. Principalmente na fase líquida, pode ocorrer escape lateral e junto com a alteração da mobilidade e hemiatrofia da língua, o paciente pode apresentar engasgos, podendo estar relacionados com a secção da inervação do ramo do XII (alça do Hipoglossos). Esta alteração foi relatada por 2 pacientes, os quais nos chamaram a atenção para um quadro de disfagia na AHF.

No questionário aplicado, todos os pacientes revelaram dificuldades nas funções que foram relatadas. Entretanto, a atrofia da língua não demonstrou impedimento para os movimentos de estalido e para a vibração lingual.

CONCLUSÃO

Apesar da melhora clínica funcional da face, observamos os resultados e pudemos concluir que:

1. A expectativa da melhora da PFP, após a AHF, foi inferior ao esperado pelos pacientes.
2. Houve imprecisão articulatória na fala em decorrência da hemiatrofia da língua.
3. Houve alteração da função mastigatória, principalmente para alimentos sólidos, mesmo nos pacientes com pós-

cirúrgico mais antigo.

4. As alterações na postura e na mobilidade dos lábios prejudicaram ou diminuíram a ausência da pressão intra bucal na fase oral da deglutição, favorecendo a ocorrência de escape oral de alimentos de consistência líquida.
5. Houve alteração da deglutição, principalmente para os alimentos líquidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fisch U. Current surgical treatment of intratemporal facial palsy. *Clinics in Plastic Surgery* 1979;6:377-88.
2. Alford R, Chwaber MK. Electrical excitability tests should serve as useful measures to determine the need for decompression of the facial nerve. In: Snow JB. *Controversy in Otolaryngology*. Philadelphia W.B.: Saunders Company; 1980. p. 134-6.
3. Arai H, Sato K, Yanai A. Hemihypoglossal-facial nerve anastomosis in treating unilateral facial palsy after acoustic neurinoma resection. *J Neurosurg* 1995;82:51-4.
4. Chang CGC, Shen AL. Hypoglossal-facial anastomosis for facial palsy after resection of acoustic neuroma. *Surg Neurol* 1984;21:282-6.
5. Linnet J, Madsen FF. Hypoglossal-facial nerve anastomosis. *Acta Neurochir (Wuen)* 1995;133:112-5.
6. House J, Brackmann D. Facial nerve grading systems. *Otolaryngology Hear and Neck Surgery* 1985;93:146-7.
7. Sawamura Y, Abe H. Hypoglossal-facial nerve side-to-end anastomosis for preservation of hypoglossal function: results of delayed treatment with a new technique. *J Neurosurg* 1997;86:203-6.
8. Kessler LA, Moldaver J, Pool JL. Hypoglossal-facial anastomosis for treatment of facial paralysis. *Neurol* 1959;9:118-25.
9. Gavron JP, Clemis JD. Hypoglossal-facial nerve anastomosis: a review of forty cases caused by facial nerve injury in the posterior fossa. *Laryngoscope* 1984;94:1447-50.
10. Terziz JK. Eye sphincter substitution schemes. *Eur Arch Otolaryngol Suppl* 1994;S:151-5.
11. Hammerschlag PE. Facial reanimation with jump interpositional graft hypoglossal facial anastomosis and hypoglossal facial anastomosis: evolution in management of facial paralysis. *Laryngoscope* 1999;109 (Suppl.90):1-23.
12. May M, Sobe SM, Mester SJ. Hypoglossal-facial nerve interpositional jump graft for facial reanimation without tongue atrophy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1991;204:818-26.
13. Rosenwasser RH, Liebman E, Limenez F, Buchheit WA, Andrews DW. Facial reanimation after facial nerve injury. *Neurosurg* 1991;29:568-74.