

PARALISIA DO NERVO FACIAL POR ANESTESIA ODONTOLÓGICA. RELATO DE CASO

Ricardo Roberto de Souza Fonseca¹; Jorge Sá Elias Nogueira²; Pedro Aleixo Nogueira³;
Pedro Lucas Bezerra Pinto³; Silvio Augusto Fernandes de Menezes⁴

¹Graduação, ²Mestrado, ³Ensino Médio Completo, ⁴Doutorado
Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA)

Introdução: Paralisia do Nervo Facial (PNF) é neuropatia facial ocasionada por complicações no ramo motor do VII par de nervos cranianos (NC). A PNF possui múltiplas etiologias, esta pode suceder-se por viroses, iatrogênias, tumores, origem idiopática, acidente vascular encefálico (AVE) e paralisia pseudobulbar, traumatismo facial, distúrbios me-tabólicos e iatrogênias como anestesia mandibular (Bobbitt, 2000). Neste último, a PNF pode estar associada à realização errônea da técnica anestésica, a procedimentos cirúrgicos prolongados de extração dentária, ou a infecções de origem dental. As manifestações podem ser uni ou bilaterais, dependendo da causa. Entre estas manifestações podem ocorrer alterações na simetria facial, fechamento ocular incompleto com ou sem danos ao nervo oftálmico, dificuldade de deglutição, articulação de certos fonemas, logo a PNF promove aos pacientes consequências como a perda da capacidade de comunicação não verbal, sua estética no convívio social e no contato profissional podendo apresentar alterações individuais, profissionais e sociais de grande relevância. A PNF pode ser classificada do primeiro ao quinto grau, de acordo com a injúria e possuem implicações importantes no prognóstico de regeneração funcional. O primeiro grau é a neurapraxia, o segundo é denominado de axonotmese. Nesses dois, a regeneração funcional é geralmente completa. O terceiro grau é denominado de neurotme, no qual existe a perda do tubo endoneural para guiar a regeneração, comprometendo o retorno das funções do nervo facial, normalmente, estas funções são restabelecidas de forma incompleta. O quarto e quinto graus resultam em rupturas parciais ou completas do perineuro levando a total perda de função do nervo facial. O tratamento para PNF varia de acordo com sua causa e com seu grau. Se a causa for por infecções virais recomenda-se o uso de antirretrovirais, em casos de infecções bacterianas utilizam-se antibióticos, em conjunto pode-se associar corticoides para ajudar a melhorar os sintomas da paralisia, existem também formas alternativas de tratamento como a fisioterapia e a terapia com laser de baixa potência, essas técnicas são recomendadas no tratamento de PNF em graus mais leves. Em lesões mais graves o tratamento cirúrgico de descompressão do nervo ou anastomose neural é recomendado. **Objetivos:** Este painel tem como objetivo relatar um caso clínico de paralisia hemifacial, provocada após a realização da técnica anestésica para bloqueio dos nervos lingual, alveolar inferior e bucal. **Descrição da Experiência:** Paciente A. S. C, 25 anos de idade, gênero feminino, sem alterações sistêmicas, referindo história alérgica a axetilcefuroxima participou da atividade prática de anestesia do curso de graduação em odontologia do Centro Universitário do Estado do Pará (CESUPA), na qual os alunos treinaram, a fim de aprimorar as técnicas de anestesia local em odontologia. Foi administrado como anestésico uma ampola de lidocaína a 2% com epinefrina 1/100.000 (NOVA DFL) para bloqueio do nervo alveolar inferior esquerdo. Após 5 minutos do término da anestesia pterigomandibular a paciente relatou que sua face do lado esquerdo apresentava-se “dormente, com peso anormal, dificuldade de abrir o olho do lado esquerdo, diminuição discreta da salivagem e que não conseguia motricidade e controle do lábio e musculatura perioral”. Logo a paciente foi submetida a um exame clínico; aonde notou-se a desarmonia nos dois andares da hemiface esquerda, em relação ao lado direito. Em seguida foram realizadas algumas perguntas a paciente as quais esta respondeu com dificuldade. Também foi solicitado à paciente que realizasse os

comandos do teste de mímica facial, como fechar os olhos, selar os lábios, sorrir, falar, enrugando a testa e inflar a bochecha. Contudo a paciente realizou os comandos apresentando sinais de flacidez de todos os músculos da expressão facial do lado afetado, tanto na região superior da face como da região inferior, além de falhar na tentativa de fechar o olho esquerdo, causando uma virada reflexa do globo ocular para cima (fenômeno de Bell). Com isso, a paciente foi diagnosticada com paralisia facial periférica (PFP) esquerda. Após o diagnóstico a paciente foi acompanhada por duas horas, apresentando sinais vitais, como pressão arterial de 122x76 mmHg, pulso arterial de 65 pulsações por minuto, saturação periférica do oxigênio de 98% e temperatura de 36,5 C°. Em seguida, foi orientada pelo profissional responsável a manter-se calma, por se tratar de um fenômeno autolimitado e bem documentado na literatura. **Resultados:** Duas horas após o início do quadro, a paciente apresentou melhora dos sinais e sintomas, recuperando a motricidade da hemiface esquerda quase completamente e com desaparecimento do fenômeno de Bell, recebendo alta para controle. Cinco dias depois do ocorrido, a paciente voltou à clínica odontológica do CESUPA, relatando estar totalmente recuperada da PFP esquerda. A PNF caracteriza-se pela dificuldade de atividade motora de uma hemiface levando à mastigação deficiente, devido à paralisia dos orbiculares da boca e do bucinador, embora (Lasarini et al., 2002) reforcem outros sintomas apresentados pelos pacientes acometidos como cefaleia, dor à mastigação, podendo também estar associada à má oclusão, hábitos parafuncionais e estresse emocional. Importante nesse momento diferenciar os dois tipos de PNF: central e periférica, cuja primeira acomete apenas o andar inferior da face, diferentemente da segunda que compromete a motricidade dos dois andares da hemiface. A PFP ocorre durante a tentativa de realizar o bloqueio do nervo alveolar inferior, pois ao introduzir a agulha além do forame mandibular há a possibilidade da agulha chegar a cápsula da glândula salivar parótida, local onde ramos do nervo facial se encontram, logo o cirurgião dentista deve introduzir a agulha em até 25 mm no ramo mandibular e apenas depositar o anestésico quando sentir o tecido ósseo. A PFP pode ser imediata ou tardia, esta classificação é realizada com base no tempo decorrido a partir do momento da injeção até o início dos sintomas. Na imediata, a paralisia ocorre dentro de minutos após a injeção do anestésico local, podendo ter um período de recuperação de 3 horas ou mais, como no caso relatado neste artigo. Na tardia os sintomas podem aparecer dentro de algumas horas até dias depois, enquanto que a recuperação pode demorar de 24 horas a vários meses. Definir a etiologia da PFP no diagnóstico é de extrema importância, tanto para o tratamento como para o prognóstico da morbidade, porém realizar um correto diagnóstico da causa pode ser complexo devido à etiologia multifatorial. Sendo assim o profissional deve promover uma avaliação clínica bastante criteriosa, correlacionando com os resultados de exames complementares. Um caso de PFP ocorrido após anestesia intraoral a qual foi utilizada triamcinolona em altas doses no início e com gradual redução da sua dosagem com o passar do tempo, obtendo recuperação satisfatória, demonstrando não haver necessidade do uso de medicação no tratamento das paralisias faciais causadas por agentes anestésicos. O uso de medicação nos casos de PFP, sendo aconselhável apenas na paralisia facial de Bell, causada por infecções virais. Sendo assim a paralisia decorrente do bloqueio das estruturas nervosas durante a técnica anestésica apresentam recuperação após algumas horas, não necessitando, de qualquer medicação. A PFP por anestesia local ocorre devido ao espasmo dos vasos que suprem o nervo facial, resultando em isquemia e compressão do nervo. O vasoespasmato sucede-se devido ao trauma pela agulha anestésica ou das soluções vasoconstritoras contidas nos tubetes dos anestésicos locais. De acordo com o autor o risco de causar a paralisia é reduzido quando o cirurgião domina a anatomia cirúrgica e tem conhecimento da técnica anestésica. **Conclusão/Considerações Finais:** A Paralisia

do Nervo Facial em odontologia é uma complicação pouco relatada, sendo comum no pós-operatório de cirurgias orais e em acidentes durante anestesia intraoral. Portanto visando prevenir esta morbidade o cirurgião dentista necessita realizar um minucioso planejamento pré cirúrgico, principalmente durante a infiltração anestésica e o procedimento de afastamento do retalho mucoperiosteal, precisa ter conhecimentos atualizados de anatomia, assim como o cuidado com os instrumentais cirúrgicos atingirem estruturas importantes.

Referências:

1. LANINGAN, D.T.; HOHN, F. Facial nerve injuries after sagittal split mandibular ramus osteotomies for advancement: a report of 2 cases and review of the literature. *J Oral Maxillofac Surg.*, Edinburgh, v. 62, p. 503-507, 2004.
2. Benaim JL, Amar O, Alliez A, Bertrand B. The interest of electroneuromyography in peripheral facial palsy. *Ann Chir Plast Esthet.* 2015 Oct;60(5):374-6. doi: 10.1016/j.anplas.2015.07.001. Epub 2015 Aug 4.
3. Cruz Filho Nelson Álvares, Aquino José Evandro Prudente de, Oliveira Luís Francisco de. Enxertos e anastomoses do nervo facial na orelha média: caixa do tímpano e mastoide. *Braz. j. otorhinolaryngol.* 2013. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180886942013000400008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/1808-8694.20130079>
4. Özdek A, Bayır Ö, Işık ME, Tatar EÇ, Saylam G, Korkmaz H. Anesthesia mumps resulting in temporary facial nerve paralysis after the auditory brainstem implantation in a 3-year-old child. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2014 Jan;78(1):159-62. doi: 10.1016/j.ijporl.2013.09.030. Epub 2013 Nov 14.
5. Huang B, Zhou ZL, Wang LL, Zuo C, Lu Y, Chen Y. Electrical response grading versus House-Brackmann scale for evaluation of facial nerve injury after Bell's palsy: a comparative study. *J Integr Med.* 2014 Jul;12(4):367-71. doi: 10.1016/S2095-4964(14)60036-4.