

3. Mata A, Payano M, Perez G, Arias Y, Monegro E. Linfoma primario de colon, como hallazgo ocasional en un paciente con adenocarcinoma de colon. *Gastroenterologia*. 2006;67(2): 204-6.
4. Cecyn KZ, Oliveira JSR, Alves AC, Silva MRR, Kerbauy J. Prognostic factors in non-Hodgkin lymphomas. *Sao Paulo Med J*. 2000;118(1):7-12. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-31802000000100003>
5. Jones SE, Fuks Z, Bull M, Kadin ME, Dorfman RF, Kaplan HS, Rosenberg SA, Kim H. Non-Hodgkin's Lymphomas. IV. Clinicopathologic correlation in 405 cases. *Cancer*. 1973;31(4):806-23. Doi: [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(197304\)31:4<806::aid-cnrcr2820310408>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-0142(197304)31:4<806::aid-cnrcr2820310408>3.0.co;2-1)
6. Carbone PP, Kaplan HS, Musshoff K, Smithers DW, Tubiana M. Report of the Committee on Hodgkin's Disease Staging Classification. *Cancer Res*. 1971;31(11):1860-1.
7. Kostakoglu L, Coleman M, Leonard JP, Kuji I, Zoe H, Goldsmith SJ. PET predicts prognosis after 1 cycle of chemotherapy in aggressive lymphoma and Hodgkin's disease. *J Nucl Med*. 2002;43(8):1018-27.
8. Corona-Hernández MA, Hernández-Rodríguez S, Rivera-Trujillo A. Linfoma anaplásico extranodal de columna dorsal ALK positivo. *Rev Hematol Mex*. 2014;15(4):190-5.

O comprometimento do nervo facial geralmente é maior e as sequelas funcionais mais graves. Independente da etiologia, calcula-se que 1 em cada 60 indivíduos na população geral é afetado pela paralisia facial durante o curso da vida. Dois terços desses pacientes evoluem com sequelas de graus variados e decorrentes, em mais de 50% dos casos, do processo de regeneração aberrante das fibras nervosas.

Para restabelecer o equilíbrio muscular e devolver simetria à face, as opções de tratamento incluem intervenções conservadoras, como a fisioterapia utilizando cinesioterapia, biofeedback, massoterapia, crioterapia, termoterapia e eletroterapia. Recentemente, foi introduzida a aplicação toxina botulínica na hemiface saudável. Por fim, as cirurgias podem ter efeito descompressivos ou reparador.

Estudos recentes têm avaliado o uso de preenchedores injetáveis biocompatíveis, como o ácido hialurônico no tratamento da paralisia facial periférica com resultados promissores. O princípio de miomodulação, sugere que o ácido hialurônico aplicado em planos submusculares dê sustentação e força a músculos fracos, funcionando como sistema de alavanca (sustentação óssea) e polia (tecido adiposo), capaz de melhorar o desempenho no tratamento de músculos hipotrofiados. Enquanto sua aplicação no plano supra muscular funciona como anteparo mecânico, diminuindo a força de músculos hipertônicos.

Objetivo

Relatar o caso de um homem de 33 anos com de PFP esquerda grau V, segundo House e Brackmann, secundária a ressecção tumoral, submetido a aplicação de TBA e AH no mesmo ato para reabilitação da mímica e simetria facial.

Relato de Caso

Homem de 33 anos portador de PFP unilateral esquerda secundária a ressecção tumoral, com assimetria facial severa segundo e escala de House e Brackmann. Apresentava padrão do sorriso lateralizado com elevação do lábio superior e depressão do inferior na hemiface direita. Um total de 60 unidade de TBA (Botox®) e 3 ml de AH 20mg/ml (Voluma) foram aplicados em um mesmo ato, na face do paciente.

Trinta dias após os procedimentos, o paciente apresentou melhora da simetria facial ao repouso e na dinâmica do sorriso (Figuras 1 e 2), evidenciando diminuição da pontuação do questionário de avaliação psicológica da assimetria facial (EPAF) aplicado antes (37 pontos) e após 30 dias do tratamento (17 pontos), traduzindo ganho na qualidade de vida relatado pelo paciente. O plano de tratamento constituiu na aplicação de 8 UI de TBA no músculo frontal direito, 7 UI em cada corrugador, 4 UI no próceros, 10 UI no orbicular direito, 5 UI no orbicular esquerdo, 2 UI no músculo zigomático maior (MZM), 3 UI em cada masseter, 4 UI no mentoniano, 1 UI no depressor do lábio inferior direito, 1 UI no depressor do ângulo oral direito e 6 UI nas bandas platismais.

Além de 2 ml de AH (Voluma), distribuídos com 1 ml no mento, sendo 0,5 ml em bolo periosteal no mento esquerdo (ápice e lateral), 0,5 ml em leque acima do músculo mentoniano e nos depressores do sorriso direito, 1 ml em leque no sulco nasogeniano e supra labial direito, acima do MZM, levantadores do lábio superior e orbicular e 1 ml de AH

Reabilitação da paralisia facial periférica: relato de um caso com boa resposta ao tratamento combinado com toxina botulínica e ácido hialurônico

Doi: 10.11606/issn.2317-0190.v29iSupl.1a204820

Franco Patriani D'Andrea¹, Cristina Alessi^{1,2}, Marcelo Riberto²

¹Serviço de Dermatologia, Santa Casa de Barretos

²Centro de Reabilitação, Hospital de Amor de Barretos

Palavras-chave: Paralisia Facial, Toxinas Botulínicas Tipo A, Ácido Hialurônico, Reabilitação

A assimetria facial refere-se a modificações estáticas e dinâmicas das estruturas de uma hemiface quando comparada a outra. Na gênese da assimetria há a participação da musculatura facial, estrutura óssea subjacente, coxins de gordura e a inervação somática responsável pela sua movimentação. A assimetria ocorre quando há o comprometimento de uma dessas estruturas, resultando em desbalanço final dos pontos de reparo facial do terço superior, medial e/ou inferior da face. A paralisia facial periférica (PFP) decorre da interrupção da atividade eferente de qualquer um dos segmentos do nervo facial (VII nervo craniano), responsável pela inervação motora da mímica facial e sensitiva dos dois terços inferiores da língua, do ouvido, palato mole e faringe.

Entre as causas d PFP, a paralisia de Bell é responsável por 40 a 70 % dos casos. A paralisia facial decorrente de trauma ao nervo facial é uma condição clínica relativamente comum, sendo considerada a segunda causa mais frequente de PFP, englobando os traumas acidentais e as ressecções tumorais.

(Volift), sendo 0,3 ml em bolo no arco zigomático esquerdo, abaixo do MZM, 0,2 ml em bolo periosteal na região malar medial bilateral e 0,3 ml em leque na região malar látero-posterior acima do MZM.



Figura 1. Expressão facial ao repouso pré (imagem esquerda) e pós (imagem direita) tratamento



Figura 2. Expressão facial dinâmica do sorriso pré (imagem esquerda) e pós (imagem direita) tratamento

Resultados

Foi observada melhora acentuada da simetria facial avaliada qualitativamente por fotografias e pela aferição digital da assimetria por medidas das distâncias de pontos de referência da face. Também houve melhora da funcionalidade da musculatura da mímica e das atividades associadas a musculatura da mímica, como a fala, alimentação, além de efeitos subjetivos mensurados através da aplicação da escala de avaliação psicossocial de aparência facial (EPAF). Tendo em vista a importante participação da aparência e do rosto na determinação da autoestima e da autoimagem, este estudo de caso demonstra a importância de uma intervenção que pode melhorar a qualidade de vida de pacientes acometidos por câncer e que precisam conviver com as sequelas da doença e do tratamento.

Conclusão

O uso combinado de TBA e AH implica em melhora acentuada da simetria facial e da funcionalidade associada à musculatura da mímica em paciente com PFP associada ao tratamento do câncer

Referências

1. de Maio M. Myomodulation with injectable fillers: an innovative approach to addressing facial muscle movement. *Aesthetic Plast Surg.* 2018;42(3):798-814. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00266-018-1116-z>
2. Sadiq SA, Khwaja S, Saeed SR. Botulinum toxin to improve lower facial symmetry in facial nerve palsy. *Eye (Lond).* 2012;26(11):1431-6. Doi: <https://doi.org/10.1038/eye.2012.189>
3. de Sanctis Pecora C, Shitara D. Botulinum toxin type a to improve facial symmetry in facial palsy: a practical guideline and clinical experience. *Toxins (Basel).* 2021;13(2):159. Doi: <https://doi.org/10.3390/toxins13020159>
4. Silva MFF, Peres SV, Tessitore A, Paschoal JR, Cunha MC. Aplicação da escala psicossocial de aparência facial na avaliação da paralisia facial periférica: estudo piloto. *Audiol Commun Res.* 2016;21:e1618. Doi: <https://doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1618>
5. Fonseca KM, Mourão AM, Motta AR, Vicente LC. Scales of degree of facial paralysis: analysis of agreement. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015;81(3):288-93. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2014.04.005>

Processo de reabilitação em quadro agudo de lesão medular por esquistossomose: um relato de caso

Doi: 10.11606/issn.2317-0190.v29iSupl.1a204823

Renata Takeyama de Oliveira¹, Ana Carolyne de Jesus¹, Daniel Rubio de Souza²

¹Programa de Residência Médica em Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

²Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Palavras-chave: Traumatismos da Medula Espinal, Esquistossomose, Reabilitação

Esquistossomose humana é uma doença tropical negligenciada que afeta principalmente populações de baixa renda. Ela é caracterizada como uma doença parasitária, no qual a infecção ocorre por vermes trematódeos do gênero *Schistosoma*. Aproximadamente 779 milhões de pessoas estão sujeitas a essa infecção no mundo. No Brasil, estima-se que aproximadamente 12 milhões de pessoas sejam portadoras desta parasitose.

A neuroesquistossomose é o comprometimento do sistema nervoso diretamente pelo parasita ou indiretamente pela deposição de complexos imunes circundantes. É a forma ectópica mais frequente e incapacitante da infecção esquistossômica. Aproximadamente 20 a 30% dos portadores da esquistossomose mansônica tem comprometimento do sistema nervoso central.

As manifestações clínicas possíveis são: meningiomielorradiculite, mielite, radiculite ou pela forma pseudotumoral cerebral ou medular. Seu diagnóstico é fundamentado em dados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. Apesar da complicação neurológica desta parasitose ser relativamente rara, nas últimas duas décadas o número de relatos de casos vem aumentando consideravelmente no Brasil.

A neuroesquistossomose é uma das formas clínicas mais graves e, uma das causas mais frequentes entre as mielopatias não traumáticas, nas regiões endêmicas e, apesar deste fato ainda é subdiagnosticada. É primordial que o tratamento seja iniciado de forma precoce e com equipe multidisciplinar para alcançar melhor desfecho clínico e evitar incapacidades permanentes.

Objetivo

Relatar o resultado da reabilitação intensiva em caso de mielorradiculopatia esquistossomótica.

Relato de Caso

Paciente J. S. O. 28 anos, previamente hígido, iniciou quadro álgico em queimação em membros inferiores (MMII) abaixo dos joelhos e em toda extensão da coluna toracolombar, inicialmente sem irradiação, contínua, de forte intensidade, sem resposta às medicações analgésicas e anti-inflamatórias.

Dois dias após o início dos sintomas, apresentou irradiação da dor para membros inferiores em região interna das coxas simetricamente. Procurou serviço médico, onde foi medicado