



B1

ISSN: 2595-1661

ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](#)

Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:

<https://revistajrg.com/index.php/jrg>

ISSN: 2595-1661

Revista JRG de
Estudos Acadêmicos

Abordagens no tratamento da paralisia facial: uma revisão integrativa sobre estratégias terapêuticas cirúrgicas

Approaches to the treatment of facial paralysis: an integrative review of surgical therapeutic strategies

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.3302

ARK: 57118/JRG.v9i20.3302

Recebido: 04/05/2026 | Aceito: 08/05/2026 | Publicado on-line: 09/05/2026

Eduarda dos Santos Lima ¹

<https://orcid.org/0000-0001-8448-0344>

<http://lattes.cnpq.br/9350012293488705>

Universidade Tiradentes, Campus Farolândia, SE, Brasil
E-mail: eduardadossantoslima26@gmail.com

Ríldvia Salena Melo Cruz ¹

<https://orcid.org/0009-0004-4082-5215>

<http://lattes.cnpq.br/0153921528812597>

Universidade Tiradentes, Campus Farolândia, SE, Brasil
E-mail: rildvia@hotmail.com

Carlos Mathias de Menezes Neto ¹

<https://orcid.org/0009-0001-6084-1317>

<http://lattes.cnpq.br/0647163159644367>

Universidade Tiradentes, Campus Farolândia, SE, Brasil
E-mail: carlosmneto23@gmail.com

Sanny Lara Oliveira Santana ¹

<https://orcid.org/0009-0003-9893-9285>

<http://lattes.cnpq.br/6279570906797064>

Universidade Tiradentes, Campus Farolândia, SE, Brasil
E-mail: larasanny40@gmail.com

Edna Santos Dias ²

<https://orcid.org/0000-0001-5888-0889>

<http://lattes.cnpq.br/7889173733904001>

Faculdade Estácio – IDOMED Alagoinhas, Alagoinhas, BA, Brasil
E-mail: ednasd.med@gmail.com

Yuri Tavares Rocha ⁴

<https://orcid.org/0009-0001-2816-0108>

<http://lattes.cnpq.br/0874098685398304>

AFYA – Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil
E-mail: yuritavaresrocha@gmail.com

Leandro Calixto Henrique ³

<https://orcid.org/0009-0007-0746-2119>

<http://lattes.cnpq.br/5013608631745971>

Universidade Federal de Sergipe – Campus Lagarto, SE, Brasil
E-mail: nando-henrique10@hotmail.com

Bruno Barreto Cintra ⁵

<https://orcid.org/0000-0003-3835-1968>

<http://lattes.cnpq.br/6165208443896428>

Universidade Tiradentes, Campus Farolândia, SE, Brasil
E-mail: bbcintra@doctor.com

Resumo

A paralisia facial representa uma condição de impacto funcional e estético relevante, comprometendo expressões faciais, comunicação e qualidade de vida. Considerando a diversidade de etiologias e a complexidade da reabilitação, torna-se fundamental identificar estratégias cirúrgicas eficazes para restaurar função e simetria. O objetivo deste estudo foi realizar uma revisão integrativa da literatura sobre as abordagens cirúrgicas utilizadas no tratamento da paralisia facial, com enfoque em técnicas aplicadas na fase aguda e crônica. A busca foi conduzida nas bases PubMed, SciELO e LILACS, utilizando descritores relacionados à paralisia facial e às técnicas de reanimação. Foram

¹ Graduando(a) em Medicina pela Universidade Tiradentes, Campus Farolândia, Aracaju, SE, Brasil.

² Graduanda em Medicina pela Faculdade Estácio – IDOMED Alagoinhas, Alagoinhas, BA, Brasil.

³ Graduando em Medicina pela Universidade Federal de Sergipe, Campus Lagarto, Lagarto, SE, Brasil.

⁴ Graduando em Medicina pela AFYA – Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

⁵ Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Marília, Marília, SP, Brasil; Doutor em Ciências Biomédicas pelo Instituto Universitário Italiano em Rosário, Rosário, Argentina;



incluídos artigos publicados entre 2016 e 2025, em inglês e português, que abordavam exclusivamente intervenções cirúrgicas. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 12 estudos compuseram a amostra final. Os resultados demonstraram que, na fase aguda, técnicas como neurorrafia direta, enxertos nervosos interpostos e transferências nervosas, incluindo anastomoses com nervo massetérico ou hipoglosso, apresentaram melhor desempenho quando realizadas precocemente. Em casos crônicos, a transposição do músculo temporal e a transferência funcional do músculo grácil foram as técnicas mais frequentemente descritas, destacando-se pela capacidade de restaurar movimento dinâmico e melhorar a simetria do sorriso. A seleção da técnica varia conforme tempo de evolução, integridade neuromuscular e objetivos funcionais. Conclui-se que a escolha cirúrgica deve ser individualizada, considerando características clínicas e expectativas do paciente, uma vez que diferentes técnicas apresentam resultados consistentes quando adequadamente indicadas.

Palavras-chave: Paralisia Facial. Paralisia de Bell. Tratamento. Terapêutica. Cirurgia.

Abstract

Facial paralysis is a condition with significant functional and aesthetic impact, compromising facial expressions, communication, and quality of life. Given the diversity of etiologies and the complexity of rehabilitation, identifying effective surgical strategies to restore function and facial symmetry is essential. The aim of this study was to conduct an integrative literature review on the surgical approaches used in the treatment of facial paralysis, focusing on techniques applied during both the acute and chronic phases. The search was performed in the PubMed, SciELO, and LILACS databases using descriptors related to facial paralysis and facial reanimation techniques. Articles published between 2016 and 2025, in English and Portuguese, exclusively addressing surgical interventions, were included. After applying the inclusion and exclusion criteria, 12 studies comprised the final sample. The results demonstrated that, in the acute phase, techniques such as direct neurorrhaphy, interposition nerve grafts, and nerve transfers, including masseteric and hypoglossal nerve anastomoses, showed better outcomes when performed early. In chronic cases, temporalis muscle transposition and functional gracilis muscle transfer were the most frequently described techniques, standing out for their ability to restore dynamic movement and improve smile symmetry. The selection of the surgical technique varies according to the duration of paralysis, neuromuscular integrity, and functional goals. It is concluded that surgical management should be individualized, taking into account the patient's clinical characteristics and expectations, since different techniques demonstrate consistent outcomes when appropriately indicated.

Keywords: Facial Paralysis. Bell Palsy. Treatment. Therapeutics. Surgery.

1. Introdução

O nervo facial, também denominado sétimo nervo craniano, nervo do segundo arco branquial ou arco hióideo, origina-se no sistema nervoso central e projeta-se até a periferia da face. Trata-se de um nervo misto, composto por fibras aferentes e eferentes, somáticas e viscerais. As fibras aferentes somáticas relacionam-se à região do pavilhão auditivo e do meato acústico externo; as aferentes viscerais inervam a porção posterior das fossas nasais e o palato mole superior; e as aferentes viscerais especiais estão associadas à gustação nos dois terços anteriores da língua. Já as fibras eferentes viscerais destinam-se às glândulas submandibular, sublingual e lacrimal, enquanto as eferentes



especiais inervam os músculos da mímica facial, o estilo-hióideo e o ventre posterior do músculo digástrico. Assim, sua principal função é a inervação da face, sendo responsável pela mímica e pela sensibilidade local, constituindo a região de origem da paralisia facial central ou periférica (VITERBO; MENEZES, 2022).

A paralisia facial pode ter origem congênita ou adquirida. Entre as formas congênitas, destacam-se as síndromes genéticas e as alterações do desenvolvimento. Já as formas adquiridas estão relacionadas a etiologias infecciosas, traumáticas, inflamatórias, neoplásicas, neurológicas, sistêmicas e metabólicas. Dentre estas, sobressaem-se a paralisia de Bell, a paralisia traumática, a Síndrome de Ramsay Hunt e as causas de natureza neoplásica/iatrogênica (IRUGU, et al., 2018; VITERBO; RUSCHEL et al., 2021; MENEZES, 2022).

Tal condição acarreta repercussões funcionais e estéticas relevantes, manifestando-se pela redução do tónus da face, espasmos musculares e apagamento das rugas ou linhas de expressão. Clinicamente, podem ocorrer desvio da rima bucal para o lado não paralisado, dificuldade em elevar o arco da sobrancelha, assimetria da comissura labial e limitação ou impossibilidade de fechamento ocular, frequentemente acompanhada de rotação superior do globo ocular. Além disso, há comprometimento de reflexos como o trigêmeo-facial, trigêmeo-palpebral, córneo-palpebral, visuo-palpebral e cócleo-palpebral, podendo resultar em xeroftalmia, alterações do paladar, hipo ou hipersalivação, hiperacusia, dificuldade no controle do bolo alimentar e prejuízos na fonação (AMARAL et al.; VITERBO; MENEZES, 2022).

A paralisia facial também gera impacto social e psicológico significativo, influenciando a percepção do paciente sobre a própria face, o convívio social e a alimentação, devido à assimetria facial e às limitações funcionais associadas (AMARAL et al., 2022).

Dessa forma, ressalta-se a importância do conhecimento sobre as diferentes técnicas cirúrgicas aplicáveis à paralisia facial, considerando o tempo de lesão, as possibilidades terapêuticas e a extensão do acometimento. O presente estudo tem como objetivo identificar, analisar e sintetizar criticamente as principais abordagens cirúrgicas descritas na literatura para o tratamento da paralisia facial, com ênfase nas técnicas utilizadas nas fases aguda e crônica da doença, bem como em seus desfechos funcionais e estéticos.

2. Metodologia

O presente estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, com o objetivo de sintetizar evidências científicas sobre as principais abordagens cirúrgicas utilizadas no tratamento da paralisia facial. Esse tipo de revisão permite reunir e analisar resultados de diferentes estudos, contribuindo para a compreensão abrangente do tema e para a orientação da prática clínica.

Para o levantamento eletrônico, foram consultadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine – National Institutes of Health (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO). A pesquisa foi realizada com o auxílio de descritores registrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Paralisia Facial, Paralisia de Bell, Tratamento, Terapêutica e Cirurgia. Os termos também foram traduzidos para a língua inglesa: Facial Paralysis, Bell Palsy, Treatment, Therapeutics e Surgery.

Os descritores foram combinados por meio dos operadores booleanos AND e OR, a fim de ampliar a sensibilidade da busca e identificar estudos relevantes relacionados às abordagens cirúrgicas para a paralisia facial.

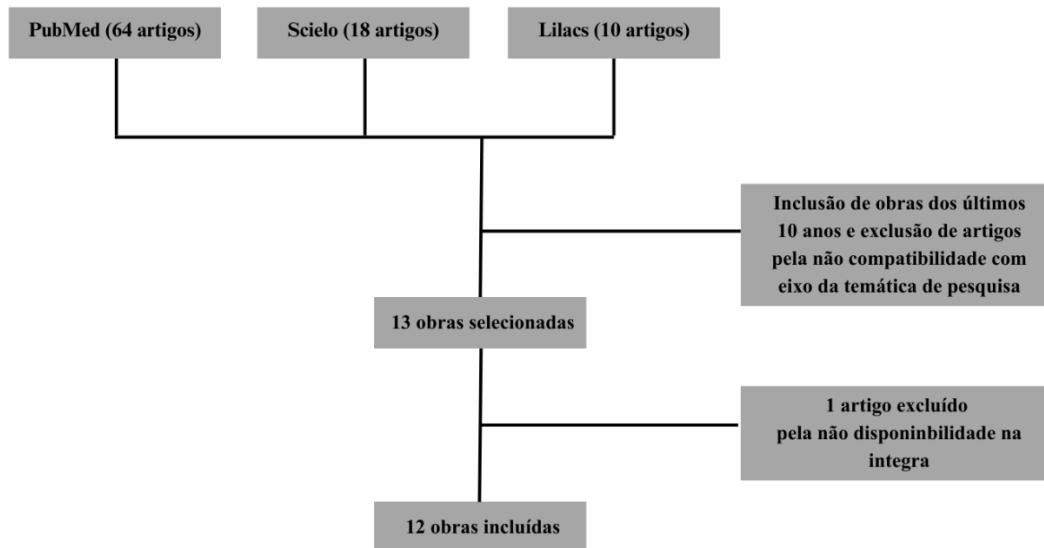


Foram incluídas obras publicadas entre janeiro de 2016 e setembro de 2025, nos idiomas português e inglês, desde que disponíveis na íntegra. Como critérios de exclusão, desconsideraram-se artigos duplicados, incompletos, indisponíveis em texto completo ou que não apresentassem relação direta com a temática investigada.

Inicialmente foram identificadas 92 produções científicas nas bases de dados consultadas, sendo 64 na PubMed, 18 na SciELO e 10 na LILACS. Após a aplicação dos filtros temporais, foram considerados os últimos cinco anos para as bases PubMed e SciELO. Para a base LILACS, optou-se pela ampliação do recorte temporal para os últimos dez anos, em virtude da menor quantidade de estudos disponíveis quando aplicado o mesmo período, a fim de garantir maior representatividade da amostra. Após a leitura dos títulos e resumos, permaneceram 8 artigos na PubMed, 2 na SciELO e 3 na LILACS.

Dessa forma, 13 estudos foram selecionados para leitura na íntegra. Dentre estes, 12 atenderam aos critérios de elegibilidade e foram incluídos no presente trabalho, por apresentarem maior compatibilidade com a temática investigada, conforme verificado a partir da avaliação do tipo de estudo, dos resultados apresentados e da população analisada. Esse processo encontra-se representado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma da metodologia da pesquisa



Legenda: O fluxograma acima elucidada a seleção de material bibliográfico (autoria própria).

Fonte: autores (2026).



3. Resultados

Para a elaboração desta revisão integrativa, foram inicialmente selecionados 13 estudos após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos e a análise dos títulos e resumos. Em seguida, esses estudos foram submetidos à leitura na íntegra para avaliação de elegibilidade.

Após essa etapa, 12 artigos atenderam aos critérios estabelecidos e foram incluídos na análise final. Esses estudos foram sistematizados e organizados no Quadro 1, com o objetivo de facilitar a visualização das principais características e resultados das pesquisas analisadas.

Quadro 1. Resultados da Pesquisa Integrativa

Título	Autoria e ano de publicação	Conclusões
Outcome of different facial nerve reconstruction techniques	MOHAMED, Aboshanif et al., 2016	Nos casos em que o nervo facial está comprometido, a anastomose término-lateral direta VII-XII através de janela epineurial mostrou-se a melhor opção, sendo considerada um método potencialmente útil para a reanimação facial.
Comparison between early and delayed facial nerve decompression in traumatic facial nerve paralysis - A retrospective study	IRUGU, David Victor Kumar et al., 2018	A descompressão cirúrgica precoce do nervo facial proporciona melhores resultados funcionais, enquanto nos casos de descompressão tardia, a presença de bandas fibróticas pode impedir a regeneração, sendo indicado considerar enxerto do nervo facial.
Evaluating Functional Outcomes in Reanimation Surgery for Chronic Facial Paralysis: A Systematic Review	COLON, Ricardo Rodriguez et al., 2021	A comparação dos resultados entre diferentes técnicas de reanimação facial dinâmica exige métodos padronizados de avaliação funcional, incluindo medidas objetivas (como softwares) e subjetivas (PROMs), para orientar futuras inovações em cirurgia de reanimação facial e reconstrução autóloga.
Hypoglossal-Facial Anastomosis for Facial Nerve Reconstruction: Outcomes using the Side-to-End Surgical Technique	RUSCHEL, Leonardo Gilmore et al., 2021	Em casos de paralisia facial periférica pós-cirurgia de base de crânio, a anastomose término-lateral (side-to-end) mostrou-se eficaz na recuperação da função do nervo facial, com alterações mínimas na simetria e nos movimentos faciais; pacientes com maior tempo de paralisia apresentaram resultados piores. Não houve comprometimento da motilidade da língua, disfagia ou atrofia relacionada ao nervo hipoglosso.
Comparison between VII-to-VII and XII-to-VII coaptation techniques for early facial nerve reanimation after surgical intracranial injuries: a systematic review and pooled analysis of the functional outcomes	RICCIARDI, Luca et al., 2021	A técnica de coaptação término-lateral XII-VII parece proporcionar melhor desfecho funcional (grau HB) após lesão intracraniana do nervo facial, embora esteja associada a risco de complicações de até 28,6%. Sempre que houver interrupção do nervo facial intraoperatória, recomenda-se reparo direto VII-VII, evitando procedimentos adicionais. Estudos futuros bem



		desenhados são necessários para melhor avaliação da técnica.
Deep temporal nerve transfer: A systematic review of anatomy, anatomical landmarks and clinical applications	DE JONGH, Frank W. et al., 2022	O nervo temporal profundo (DTN) e seus ramos são sugeridos como doadores viáveis para reconstrução de ramos do nervo facial, especialmente o ramo médio, devido à sua localização e consistência anatômica. Embora já utilizado na prática, são necessários mais estudos clínicos para consolidar seu papel como opção na reanimação facial em pacientes com paralisia.
A Comprehensive Approach to Facial Reanimation: A Systematic Review	PINKIEWICZ, Milosz; DOROBISZ, Karolina; ZATOŃSKI, Tomasz., 2022	A paralisia do nervo facial é uma condição complexa que compromete função e estética, reduzindo significativamente a qualidade de vida dos pacientes. Pode ser tratada por transferências nervosas, transposições musculares ou transplantes musculares livres, enquanto tratamentos não cirúrgicos auxiliam no controle de sincinesias, suporte do meio-facial e comissura oral. Cada técnica apresenta vantagens, desvantagens e curva de aprendizado acentuada. A escolha da abordagem mais adequada permite fornecer o melhor tratamento, sendo necessária pesquisa adicional sobre intervenção psicológica e refinamento das técnicas cirúrgicas, com melhor compreensão da anatomia e uso de monitores de nervo facial.
Coleta de fásia lata para uso em retalho ortodrômico temporal no tratamento da paralisia facial	VITERBO, Fausto; MENEZES, Balduino Ferreira De., 2022	A estimativa do tamanho da fásia lata necessária para o retalho ortodrômico temporal, seguida da coleta conforme os passos sugeridos, facilita a realização do procedimento, tornando-o seguro e proporcionando grande benefício clínico aos pacientes que necessitam de tecido autólogo para correções cirúrgicas.
Dynamic Repair Surgery for Late-Stage Facial Paralysis: Advances in Restoring Movement and Function	SUN, Qing et al., 2024	No tratamento da paralisia facial em estágio tardio, é necessária uma avaliação abrangente do paciente, considerando suas preferências, para selecionar a técnica cirúrgica mais adequada e maximizar a restauração da função e da estética facial.
Surgical Treatments for Facial Aberrant Reinnervation Syndrome: A Systematic Review	FEARINGTON, Forrest W. et al., 2025	Os tratamentos cirúrgicos para a Síndrome de Reinervação Aberrante Facial (FARS), principalmente neurectomia seletiva e miotomia seletiva, promovem melhora significativa nos desfechos clínicos, com efeitos duradouros (>12 meses), embora possa ocorrer algum grau de recorrência dos sintomas. A comparação da eficácia das técnicas é limitada pela heterogeneidade e falta de padronização na avaliação dos pacientes e nos desfechos, sendo recomendada a padronização de avaliações para facilitar estudos comparativos e colaborações multi-institucionais.



Free Muscle Flap Transfer for Facial Reanimation: A Systematic Review and Meta-Analysis	ZHANG, Jiarui et al., 2025	Apesar das diferenças bilaterais pós-operatórias na função do nervo facial, a transposição muscular livre (FMFT) é um tratamento confiável e eficaz para paralisia facial. Os retalhos musculares predominantes foram o músculo gracilis e o músculo latíssimo do dorso, sendo que este último apresentou vantagem na neurotização cross-face, estendendo seu pedículo nervoso para conectar-se diretamente ao lado saudável. A neurotização pelo nervo masseter (MN) foi a mais utilizada e apresentou os melhores resultados, reforçando a importância da seleção do retalho conforme as vantagens anatômicas e necessidades específicas do paciente.
Single versus dual innervation in facial palsy reanimation with free functional muscle transfers: a systematic review and meta-analysis	BRADER, Andrin S. et al., 2025	Não foram encontradas diferenças significativas entre neurotização simples e dupla na transposição muscular livre funcional (FFMT) para reanimação facial em termos de melhora pós-operatória relatada. Ambos os métodos promovem melhorias significativas em pacientes com paralisia facial de longa duração, apresentando potenciais limitações. A escolha da técnica mais adequada deve considerar fatores como idade do paciente, causa da paralisia e aspectos cirúrgicos específicos, embora a literatura disponível seja inconsistente e dificulte conclusões definitivas.

Fonte: elaborado pelo autor (2026).

4. Discussão

A análise dos estudos selecionados permitiu identificar diferentes abordagens cirúrgicas utilizadas no tratamento da paralisia facial. Observa-se que a escolha da técnica está diretamente relacionada ao tempo de evolução da lesão, à integridade do nervo facial e à viabilidade da musculatura envolvida.

A paralisia facial corresponde à lesão do nervo facial e, do ponto de vista cirúrgico, pode ser classificada em fase aguda e fase crônica. A fase aguda refere-se ao período inicial após a lesão, no qual ainda existe possibilidade de recuperação espontânea, permitindo que a intervenção cirúrgica seja planejada de acordo com a evolução clínica do paciente. Em contrapartida, a fase crônica caracteriza-se pela persistência da paralisia por período prolongado, geralmente superior a 18 meses, momento em que a recuperação espontânea torna-se improvável e passa a ser necessária a adoção de estratégias cirúrgicas para reabilitação facial (IRUGU, et al., 2018; RUSCHEL et al. 2021; COLON et al., 2021; BRADER et al., 2025).

De modo geral, recomenda-se aguardar até seis meses para observar sinais de recuperação espontânea. A ausência de melhora entre 12 e 18 meses está associada a maior risco de alterações musculares irreversíveis, reforçando a indicação de intervenção cirúrgica (IRUGU et al., 2018; RUSCHEL et al., 2021).

No âmbito cirúrgico, diversas técnicas estão disponíveis para corrigir os déficits decorrentes de lesões do nervo facial, sendo a escolha da abordagem diretamente influenciada pelo tempo decorrido desde a lesão e pelas características do coto nervoso residual. A avaliação precisa do estágio da paralisia e da viabilidade anatômica do nervo



é essencial para definir a estratégia cirúrgica, pois determina tanto a possibilidade de recuperação espontânea quanto o tipo de intervenção a ser realizada. Entre as técnicas disponíveis destacam-se a neurorrafia, a descompressão nervosa, as transferências nervosas e/ou musculares, os retalhos livres de músculo, e o encurtamento ou plicatura de músculos enfraquecidos (MOHAMED et al., 2016; IRUGU et al., 2018; RICCIARDI et al., RUSCHEL et al., 2021; PINKIEWICZ et al., 2022).

Durante a fase aguda da paralisia facial, também denominada paralisia precoce, o enfoque principal consiste na exploração da região acometida com o objetivo de realizar a descompressão precoce. Esse procedimento é fundamental porque busca evitar complicações subsequentes, como a formação de fibrose local, o desenvolvimento de neuromas e a atrofia muscular, fatores que comprometem de forma significativa o prognóstico funcional da face. A literatura destaca que quanto mais precoce for a descompressão, maiores as chances de regeneração neural eficaz, uma vez que a preservação da arquitetura nervosa e a redução da pressão mecânica sobre o nervo favorecem a recuperação espontânea da condução elétrica (MOHAMED et al., 2016).

Além da descompressão, a neurorrafia primária representa uma opção viável e, sempre que tecnicamente possível, deve ser priorizada. Essa técnica permite a reconexão direta das extremidades nervosas quando o coto proximal é adequado, sendo considerada a melhor forma de tratamento por dispensar procedimentos secundários e reduzir riscos de complicações adicionais, como falhas de integração de enxertos ou necessidade de revisões cirúrgicas. Entretanto, sua aplicabilidade depende diretamente da extensão e do padrão da lesão, não sendo factível em casos de grandes perdas de substância ou de comprometimento severo do trajeto neural (IRUGU et al., 2018).

Nos cenários em que a neurorrafia ou a descompressão não podem ser realizadas, torna-se necessária a utilização de técnicas alternativas, como os enxertos nervosos transfaciais, as transposições nervosas ou as transposições neuromusculares. Essas estratégias têm como finalidade restabelecer a condução nervosa, oferecer suporte à regeneração e otimizar a recuperação funcional. O emprego de enxertos nervosos transfaciais, como o enxerto de nervo sural, é descrito como uma abordagem de escolha quando há falha de continuidade extensa, enquanto as transposições, como a massetérico-facial ou hipoglosso-facial, podem ser aplicadas em situações em que se busca não apenas a condução, mas também a transmissão de força muscular direta para os músculos da mímica. Dessa forma, a seleção da técnica depende de múltiplos fatores, incluindo o tempo de evolução da paralisia, a topografia da lesão e a condição dos demais nervos cranianos do paciente (RICCIARDI et al., 2021; ZHANG et al., 2025).

Em relação às anastomoses nervosas, a técnica término-terminal é reconhecida como clássica, sendo preferida quando há possibilidade de coaptação sem tensão entre os cotos nervosos e quando o coto proximal mantém viabilidade. Em geral, essa abordagem é descrita em defeitos pequenos, frequentemente inferiores a 1 cm. Para perdas maiores ou situações em que não é possível a aproximação adequada dos cotos, recomenda-se o uso de enxertos nervosos, que permitem a interposição e favorecem a regeneração axonal (MOHAMED et al., 2016; RICCIARDI et al., 2021).

Nos casos em que é necessária a ressecção do coto nervoso proximal, a anastomose hipoglosso-facial surge como uma alternativa eficaz, uma vez que os nervos apresentam proximidade anatômica, permitindo a condução nervosa enquanto se preserva, parcialmente, a função dos músculos da mímica. Apesar dos bons resultados funcionais, essa técnica pode estar associada a efeitos adversos, como cinesias e espasmos, especialmente quando realizada por meio de anastomose término-terminal ou com



interposição término-lateral (MOHAMED et al., 2016; RICCIARDI et al., 2021; RUSCHEL et al., 2021).

Além disso, outras alternativas à anastomose hipoglosso-facial incluem a massetérico-facial e a hemihipoglosso-facial, ambas associadas a menor morbidade e resultados satisfatórios, especialmente pela redução das complicações relacionadas à disfunção lingual. Todavia, essas técnicas apresentam melhores resultados em pacientes que não possuem déficits em outros pares de nervos cranianos (RUSCHEL et al., 2021; RICCIARDI et al., 2021; ZHANG et al., 2025).

A anastomose látero-lateral constitui outra opção relevante, apresentando melhores resultados quando realizada precocemente, sendo frequentemente descritos desfechos mais favoráveis quando realizada nos primeiros dois meses após a lesão. O período máximo de desnervação funcional considerado adequado para obtenção de resultados satisfatórios varia de seis a doze meses, reforçando a importância do tempo na tomada de decisão cirúrgica. Nesse contexto, a anastomose término-lateral direta se destaca por apresentar viabilidade técnica favorável e resultados funcionais consistentes, configurando-se como uma abordagem eficaz na restauração da função facial (MOHAMED et al., 2016; RICCIARDI et al., 2021).

Ademais, outra abordagem de fonte neural envolve a reanimação dos ramos zigomático e bucal do nervo facial. Nesse contexto, destacam-se os enxertos nervosos cruzados (cross-face nerve grafts, CFNG) provenientes do lado contralateral, que permitem restaurar a simetria facial, o fechamento palpebral e o sorriso. Entretanto, sua eficácia pode ser limitada devido à baixa densidade axonal que chega aos músculos-alvo. Para superar essa limitação, desenvolveu-se a técnica de tripla transferência, a qual combina o CFNG com a transferência parcial do nervo hipoglosso e do nervo massetérico, promovendo a reanimação mais completa dos terços médio e inferior da face em um único procedimento cirúrgico, oferecendo resultados funcionais mais robustos e naturais (ZHANG et al., 2025).

A seleção apropriada da técnica cirúrgica depende, portanto, da análise criteriosa de múltiplos fatores, incluindo o tempo decorrido desde a lesão, o estado do coto nervoso, a extensão da perda funcional e a presença de alterações secundárias nos músculos da mímica. A literatura evidencia que a combinação de estratégias específicas para cada cenário clínico aumenta significativamente as chances de reabilitação satisfatória, tanto em termos de função quanto de simetria facial, refletindo o impacto direto da cirurgia no bem-estar e na qualidade de vida dos pacientes (MOHAMED et al., 2016; IRUGU et al., 2018).

No que se refere à paralisia facial de longa duração, correspondente à fase crônica, entende-se que a musculatura facial funcional é essencial para comunicação, expressão e alimentação, e sua perda compromete significativamente a qualidade de vida. O manejo cirúrgico dessas paralisias tem como objetivo restaurar a função da musculatura afetada, sendo a escolha da técnica dependente do tempo de lesão e das características do coto nervoso. Entre as abordagens disponíveis destacam-se a transposição do músculo temporal, a mioplastia de alongamento e as transferências microcirúrgicas, todas voltadas à reanimação dinâmica da face e à recuperação do sorriso (COLON et al., 2021; BRADER et al., 2025).

No contexto da paralisia facial de longa duração, o padrão-ouro de tratamento consiste na transferência funcional do músculo livre por meio de retalho microcirúrgico, sendo o músculo grácil livre a técnica mais destacada na literatura. Essa abordagem envolve a suspensão dos lábios e das comissuras labiais através do músculo grácil, que é reinervado pelo nervo obturador conectado a um receptor local, seja diretamente com o



hipoglosso ou por meio de enxerto nervoso contralateral cruzado (cross-face nerve graft, CFNG), sendo frequentemente utilizado o nervo massetérico como fonte de axônios. Essa abordagem permite restaurar o tônus facial tanto em repouso quanto de forma dinâmica, mesmo quando os músculos responsáveis pela mímica estão paralisados, além de favorecer a melhora da disfagia oral e do comprometimento da fala (MOHAMED et al.; COLON et al.; PINKIEWICZ et al., 2022; SUN, et al., 2024; ZHANG et al., 2025; BRADER et al., 2025).

Uma variação técnica do músculo grácil envolve sua transferência em dois vetores, com o objetivo de potencializar simultaneamente a ação do levantador do lábio superior, do zigomático maior, da comissura labial e da depressão do lábio inferior. Essa abordagem amplifica os músculos agonistas do sorriso, promovendo uma reanimação dinâmica da face com risco mínimo de efeitos adversos, como incompetência oral ou disartria. Além disso, possibilita ajustes finos na posição da comissura oral e do lábio inferior, favorecendo uma estética funcional mais natural do sorriso, mesmo em pacientes com paralisia facial crônica (MOHAMED et al.; COLON et al.; SUN, et al., 2024; ZHANG et al.; BRADER et al., 2025).

Outras técnicas de reanimação facial incluem a transferência de músculos livres e procedimentos combinados de cross-face com coaptação do nervo massetérico, utilizando músculos como o serrátil anterior, o masseter e o grande dorsal. A escolha da estratégia depende do músculo doador, da fonte de inervação e da complexidade cirúrgica, determinando se o procedimento será realizado em um ou dois tempos (SUN et al., 2024).

O serrátil anterior oferece melhor mimetização da expressão facial quando combinado a múltiplos retalhos, mas requer cirurgia mais complexa e gera maior tensão horizontal, podendo alterar o contorno mandibular. O grande dorsal, por sua vez, permite a recuperação do sorriso espontâneo, embora cause maior impacto na área doadora, incluindo edema e alterações na função do ombro. O uso isolado do serrátil anterior pode, em alguns casos, não proporcionar elevação labial suficiente (SUN et al., 2024; ZHANG et al., 2025).

Outras técnicas menos utilizadas atualmente incluem os retalhos do reto femoral e do reto abdominal, que possuem pedículos longos, superiores a 12 cm, permitindo reanimação sem enxertos adicionais e reduzindo o tempo de recuperação para dinamização. Além disso, o uso do extensor curto dos dedos é relatado na literatura, pois, assim como o serrátil anterior, possibilita contrações multidirecionadas, resultando em um movimento facial mais natural (ZHANG et al., 2025).

Entretanto, alternativas menos complexas e invasivas podem ser empregadas, como o uso de retalhos regionais de estágio único (MOHAMED et al.; COLON, et al., 2021; PINKIEWICZ et al., 2022).

Nesse contexto, a transposição do músculo temporal, innervado pelo nervo temporal profundo, configura-se como uma opção relevante, uma vez que apresenta a capacidade de adquirir função mimética, ampliando a ação dos músculos responsáveis pela mímica facial e auxiliando na restauração do sorriso social, especialmente quando associada ao músculo orbicular da boca. Dessa forma, essa técnica demonstra ser uma opção segura e efetiva, pois possibilita resultados satisfatórios na reanimação dinâmica da face, com impacto positivo tanto na mímica dos lábios quanto no terço inferior da face, apesar de poder gerar concavidade temporal e edema em área do arco zigomático (DE JONGH et al., PINKIEWICZ et al., 2022).

Uma variação técnica utilizando o mesmo músculo é a miotomia de alongamento do temporal, considerada uma evolução da transposição clássica. Esse método consiste



no avanço ortodrômico do tendão do temporal, que é alongado para promover a elevação do lábio superior e da comissura labial, sendo atualmente a técnica de escolha para recuperação do sorriso em casos de paralisia facial de longa duração. Apesar de apresentar resultados funcionais consistentes, pode haver necessidade de cirurgia de revisão em situações de falha ou avulsão no ponto de inserção (PINKIEWICZ et al., 2022).

Além disso, uma outra evolução da técnica mencionada é o uso do retalho de fáschia lata para o retalho ortodrômico do músculo temporal. Quando aplicado em um segundo tempo cirúrgico, a fáschia lata funciona como uma ponte que conecta o tendão do músculo temporal à rima labial, permitindo ajustes precisos na altura e no posicionamento da comissura oral, corrigindo assimetrias faciais residuais. Esse recurso é particularmente útil em pacientes que passaram por múltiplos procedimentos reconstrutivos, nos quais a demanda estética é maior, pois a técnica pode ser adaptada às necessidades individuais, minimizando cicatrizes e promovendo uma simetria facial mais harmoniosa (VITERBO; MENEZES, 2022).

Em uma análise comparativa, observa-se que, em relação às técnicas baseadas na transferência de músculo livre, o retalho do músculo temporal apresenta como vantagens a menor complexidade cirúrgica, a ausência de volume assimétrico na face e uma recuperação mais rápida. Por outro lado, o músculo livre, especialmente o grácil, apresenta superioridade no aspecto dinâmico, uma vez que possibilita a reinervação por meio de nervos doadores, como o massetérico ou o enxerto nervoso contralateral cruzado, garantindo movimentos mais espontâneos e naturais do sorriso. Assim, a escolha entre as técnicas deve considerar fatores como duração da paralisia, expectativa estética e funcional do paciente, além da expertise do cirurgião (PINKIEWICZ et al., 2022).

Desse modo, a escolha da técnica dependerá do grau de paralisia facial do paciente, da complexidade da dinâmica exigida, da dificuldade do procedimento cirúrgico e do impacto no sítio doador. Esses fatores permitem que a seleção do músculo livre seja realizada de forma individualizada, atendendo às necessidades funcionais e estéticas de cada paciente (PINKIEWICZ et al., 2022).

O quadro 2 apresenta uma síntese comparativa das principais técnicas cirúrgicas descritas, evidenciando suas indicações, vantagens, limitações e complicações. Observa-se que nenhuma abordagem é universalmente superior, sendo a decisão terapêutica dependente do tempo de evolução da paralisia, da disponibilidade de cotos nervosos viáveis e das expectativas funcionais e estéticas do paciente.

Quadro 2. Principais técnicas cirúrgicas no tratamento da paralisia facial

Técnica	Indicações	Vantagens	Limitações	Complicações comuns
Término - terminal	Lesões agudas com cotos nervosos viáveis e sem perda de substância significativa.	Reconexão direta (mais fisiológico, maior taxa de recuperação funcional).	Viável em defeitos com < 1 cm; coto proximal preservado.	Neuroma (falha na regeneração)
Término lateral	Perda de continuidade ou coto proximal inviável.	Preserva força lingual/par craniano; bom resultado funcional.	Resultados inferiores à término-terminal; depende do	Espasmos, sincinesias.



			nervo doador disponível.	
Hipoglosso - Facial	Ausência de coto proximal viável.	Proximidade anatômica, boa condução motora.	Morbidade lingual (disfagia, atrofia) na técnica clássica.	Disartria, fraqueza lingual.
Massetérico - Facial	Paralisia unilateral, paciente com massetérico preservado.	Menor morbidade que o hipoglosso, resposta rápida.	Sorriso pode ficar pouco espontâneo (inicialmente voluntário).	Espasmo mastigatório associado ao sorriso.
Cross-Face Nerve Graft (CFNG)	Casos unilaterais em que se deseja sorriso espontâneo.	Reanimação mais natural e simétrica.	Exige duas cirurgias (quando isolado); baixa densidade axonal.	Resultados variáveis; sincinesias.
Tripla Inervação (CFNG + N. Hipoglosso + N. Massetérico)	Paralisia precoce em que busca ampla reanimação.	Combina espontaneidade (CFNG + Hipoglosso) e força (masseter); resultados robustos do sorriso, mantendo tônus em repouso associado a simetria facial e redução de sincinesias.	Técnica complexa (realizada em estágios), maior tempo cirúrgico.	Risco de falhas parciais em um dos vetores.
Transposição do Músculo Temporal	Parasita crônica sem viabilidade de nervo facial.	Técnica reproduzível, resultado imediato, menor morbidade.	Pode exigir revisão; curva de aprendizado longa.	Falha na inserção tendínea, concavidade temporal.
Músculo Grácil	Padrão - ouro em paralisia crônica.	Permite reanimação dinâmica com espontaneidade e/ou força.	Técnica microcirúrgica complexa, demanda experiência.	Necrose parcial do retalho, assimetrias.
Retalhos Alternativos	Quando o grácil não é viável.	Permitem ajustes vetoriais; pedículos longos; múltiplos movimentos.	Maior morbidade na área doadora, mais complexos.	Alteração no contorno mandibular (serrátil); disfunção de ombro (grande dorsal).

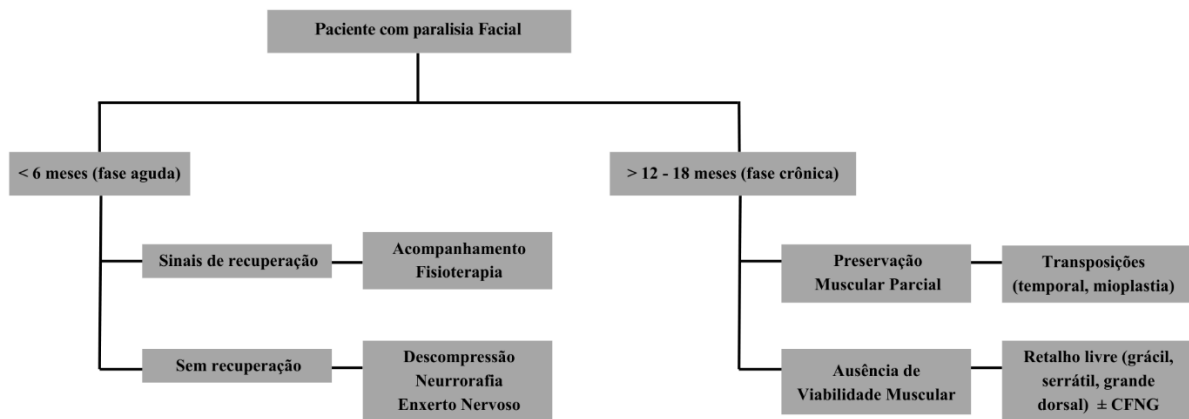
Fonte: elaborado pelo autor (2026).

De maneira geral, todas as alternativas cirúrgicas se mostram eficazes no tratamento da paralisia facial, tanto aguda quanto crônica, incluindo neurectomia seletiva, miotomia, transferências nervosas ou musculares, bem como combinações dessas técnicas. A escolha do procedimento deve levar em consideração a gravidade da paralisia, a localização dos músculos afetados, a idade do paciente, a duração dos sintomas e a resposta a terapias conservadoras prévias, como fisioterapia facial e injeções de toxina botulínica (Figura 2). Estudos indicam que, embora técnicas como neurectomia e



miotomia seletiva apresentem resultados consistentes, a resposta individual do paciente pode variar, reforçando a importância de uma avaliação criteriosa e de um planejamento cirúrgico baseado em critérios específicos. Além disso, o acompanhamento a longo prazo é essencial, já que algumas complicações, como sinquinesia periorcular, podem surgir ou persistir mesmo após intervenções bem-sucedidas (FEARINGTON et al., 2025).

Figura 2. O fluxograma abaixo ilustra a tomada de decisão cirúrgica baseada no tempo de evolução da lesão e na viabilidade muscular, destacando a importância da individualização terapêutica



Legenda: O fluxograma acima ilustra a tomada de decisão cirúrgica baseada no tempo de evolução da lesão e na viabilidade muscular, destacando a importância da individualização terapêutica.

Fonte: autores (2026).

5. Conclusão

A paralisia facial, em suas formas aguda ou crônica, provoca prejuízos significativos à dinâmica muscular da face, comprometendo funções essenciais como expressão, comunicação e alimentação. A análise realizada demonstra que o tempo de evolução da lesão, a condição do coto nervoso e o estado da musculatura remanescente constituem fatores determinantes para o planejamento terapêutico. A compreensão desses aspectos possibilita a seleção de abordagens cirúrgicas mais adequadas, considerando a complexidade de cada caso e a necessidade de intervenções individualizadas para a restauração da função e da simetria facial.

As técnicas cirúrgicas abordadas na literatura, como neurrorrafias, enxertos nervosos, descompressões, transposições musculares e transferências musculares livres, apresentam potencial relevante na recuperação do movimento facial. Entre essas estratégias, destacam-se a transposição do músculo temporal e a transferência funcional do músculo grácil, capazes de promover movimentos dinâmicos mesmo em casos de paralisia facial de longa duração.

Dessa forma, a escolha da técnica mais adequada deve considerar fatores como idade do paciente, extensão da lesão, viabilidade estrutural e expectativas funcionais e



estéticas. A reanimação facial cirúrgica, portanto, representa não apenas uma alternativa para a recuperação da função muscular, mas também uma intervenção capaz de impactar positivamente a autoestima, a interação social e a qualidade de vida dos pacientes.

Referências

AMARAL, Raquel Karoline Gonçalves et al. Autopercepção da paralisia facial e condições sociodemográficas clínicas de pacientes pós-AVC agudo: uma análise de associação. **Distúrbios da Comunicação**, v. 34, n. 2, p. e54511-e54511, 2022.

BRADER, Andrin S. et al. Single versus dual innervation in facial palsy reanimation with free functional muscle transfers: a systematic review and meta-analysis. **JPRAS Open**, 2025.

COLON, Ricardo Rodriguez et al. Evaluating functional outcomes in reanimation surgery for chronic facial paralysis: a systematic review. **Plastic and Reconstructive Surgery-Global Open**, v. 9, n. 3, p. e3492, 2021.

DE JONGH, Frank W. et al. Deep temporal nerve transfer: a systematic review of anatomy, anatomical landmarks and clinical applications. **JPRAS open**, v. 33, p. 106-113, 2022.

FEARINGTON, Forrest W. et al. Surgical treatments for facial aberrant reinnervation syndrome: A systematic review. **Facial Plastic Surgery & Aesthetic Medicine**, v. 27, n. 4, p. 330-343, 2025.

IRUGU, David Victor Kumar et al. Comparison between early and delayed facial nerve decompression in traumatic facial nerve paralysis-A retrospective study. In: **Codas**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2018. p. e20170063.

MOHAMED, Aboshanif et al. Resultados de diferentes técnicas de reconstrução do nervo facial. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 82, p. 702-709, 2016.

PINKIEWICZ, Milosz; DOROBISZ, Karolina; ZATOŃSKI, Tomasz. A comprehensive approach to facial reanimation: a systematic review. **Journal of clinical medicine**, v. 11, n. 10, p. 2890, 2022.

RICCIARDI, Luca et al. Comparison between VII-to-VII and XII-to-VII coaptation techniques for early facial nerve reanimation after surgical intra-cranial injuries: a systematic review and pooled analysis of the functional outcomes. **Neurosurgical review**, v. 44, n. 1, p. 153-161, 2021.

RUSCHEL, Leonardo Gilmone et al. Hypoglossal-facial anastomosis for facial nerve reconstruction: outcomes using the side-to-end surgical technique. **Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazilian Neurosurgery**, v. 40, n. 03, p. e222-e228, 2021.



SUN, Qing et al. Dynamic repair surgery for late-stage facial paralysis: advances in restoring movement and function. **Journal of Clinical Medicine**, v. 13, n. 16, p. 4955, 2024.

VITERBO, Fausto; MENEZES, Balduino Ferreira De. Coleta de fásia lata para uso em retalho ortodrômico temporal no tratamento da paralisia facial. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 37, n. 4, p. 518-522, 2022.

ZHANG, Jiarui et al. Free Muscle Flap Transfer for Facial Reanimation: A Systematic Review and Meta-Analysis. **The Laryngoscope**, 2025.