

(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 Oliveira<sup>1</sup>, Ana Carolyne de Jesus<sup>1</sup>, Daniel Rubio de Souza<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup>Instituto 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

com opioides, sem sucesso. Foi internado para investigação 7 dias após o início dos sintomas. Nesse período, iniciou retenção urinária, com necessidade de sondagem de alívio, associada a paraplegia simétrica de MMII (força motora grau 0 nível L2), diminuição da frequência e volume de evacuações, além de disfunção erétil e hipoestesia dolorosa em MMII (nível L1).

Realizou Ressonância Nuclear Magnética de coluna com identificação de lesão captante de contraste ao nível de L2 (Figura 1), compatível com granuloma esquistossomótico, PCR para esquistossomose positivo nas fezes e reação para esquistossomose positiva no líquido cefalorraquidiano. Foi realizado tratamento com pulsoterapia com metilprednisolona por 5 dias e prednisona 60mg/dia de manutenção, praziquantel 60 mg/kg por dia durante 3 dias e Gabapentina 600 mg de 8/8h com bom controle algico. Iniciou processo de reabilitação intra-hospitalar e foi transferido a um instituto especializado em reabilitação para cuidados de transição com objetivo de treinamento funcional e educação em saúde para prevenção de complicações.

Não houve mudanças no nível neurológico durante o período observado. Paciente permaneceu internado por 2 semanas no instituto de reabilitação sendo capacitado para uso de cadeira de rodas, transferências, auto-cuidados, cateterismo vesical intermitente limpo, cuidados com intestino neurogênico e prevenção de lesões por pressão.



**Figura 1.** Lesão nodular intradural extramedular com iso/hipersinal em T1, com realce pós-contraste intenso e homogêneo, localizada entre as raízes da cauda equina ao nível de L2-L3, medindo 1,0 x 0,8 x 0,8 cm, determinando deslocamento de algumas raízes adjacentes

### Discussão

Este caso chama a atenção para um importante diagnóstico diferencial de lesão medular em nosso meio. São necessários maiores estudos para conhecer a evolução destes casos e poder traçar objetivos de reabilitação mais precisos. Pacientes com mielopatias não traumáticas tendem a ter menor grau de recuperação neurológica que pacientes traumáticos. Esta informação é desconhecida para a neuroesquistossomose.

Outras particularidades relacionadas são o uso de

corticoterapia que leva a miotoxicidade com amiotrofia e maior risco de fadiga que pode ter interferência no processo de reabilitação.

### Conclusão

Esta doença atinge particularmente uma população com alta fragilidade social, na qual as medidas preventivas e a reabilitação precoce são de extrema importância.

### Referências

1. WHO Guideline on control and elimination of human schistosomiasis. Geneva: WHO; 2022.
2. Ross AG, McManus DP, Farrar J, Hunstman RJ, Gray DJ, Li YS. Neuroschistosomiasis. *J Neurol.* 2012;259(1):22-32. Doi: <https://doi.org/10.1007/s00415-011-6133-7>
3. Pereira ALD, Martins AR, Morais A, Cordeiro BM, Fontanela BDG, Flam EL, et al. Mielorradiculopatia esquistossomótica: relato de caso. *Rev Med Minas Gerais.* 2010; 20(2 Supl 1): S123-S125.
4. Silva LCS, Maciel PE, Ribas JGR, Pereira SRS, Serufo JC, Andrade LM, et al. Mielorradiculopatia esquistossomótica. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2004;37(3):261-72. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822004000300013>
5. Wuermsler LA, Ho CH, Chiodo AE, Priebe MM, Kirshblum SC, Scelza WM. Spinal cord injury medicine. 2. Acute care management of traumatic and nontraumatic injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2007;88(3 Suppl 1):S55-61. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2006.12.002>
6. Owczarek J, Jasińska M, Orszulak-Michalak D. Drug-induced myopathies. An overview of the possible mechanisms. *Pharmacol Rep.* 2005;57(1):23-34.
7. Andrade Filho AS, Queiroz AC, Reis MG, Amaral RM, Brito RM. Neuroesquistossomose. *Rev Bras Neurol Psiquiatr.* 2015;19(Ed Esp):165-209.

### Dor muscular abaixo do nível de lesão em paciente com lesão medular crônica: relato de caso

Doi: 10.11606/issn.2317-0190.v29iSupl.1a204839

Daniel Rubio de Souza<sup>1</sup>, Angela Hyun Ji Kim<sup>2</sup>, Lucas Brunati Gremaschi<sup>2</sup>, Vanessa Clícia Mihana Saito Suzuki<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

<sup>2</sup>Programa de Residência Médica em Medicina Física e Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

**Palavras-chave:** Dor, Traumatismos da Medula Espinal, Toxinas Botulínicas Tipo A

No Brasil, estima-se que ocorram a cada ano no país, mais de 10 mil novos casos de lesão medular (LM). A ocorrência de dor após a lesão medular é muito frequente, 60% dos casos