

**PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA: PARALISIA DE BELL****PERIPHERAL FACIAL PALSY: BELL'S PALSY**

Larrisa Camila Claudino¹
Milena Silva Soares²
Tássia de Souza Mota³
Wellington Messias Ramos⁴
Maria Isabela Ramos Haddad Garcia⁵

RESUMO

A paralisia facial periférica é um distúrbio que acontece de forma inesperada, marcado pela paralisia ou enfraquecimento dos músculos de um lado do rosto. Essa patologia surge através de uma reação inflamatória do nervo facial (sétimo par de nervos cranianos), que fica comprimido dentro de um canal ósseo localizado na parte posterior da orelha. Esse bloqueio do nervo impede com que os impulsos nervosos passem para os músculos responsáveis que realizam a mímica facial, conseqüentemente provocando incapacidade funcional e assimetria nas expressões fisionômicas, que apresentam danos estéticos nas pessoas. O diagnóstico se dá através do histórico médico e exame físico. O histórico clínico médico do paciente é necessário para encontrar a etiologia da paresia ou paralisia facial na fase aguda, bem como a o diagnóstico da paralisia de Bell. O tratamento farmacológico consiste na recomendação de esteroides orais dentro de 72 horas após o início de sintomas da paralisia de Bell, o tratamento fisioterapêutico abrange 5 componentes principais: educação do pacientes; mobilização de tecidos moles para tratar a rigidez e o edema dos músculos faciais; retreinamento funcional; retreinamento da expressão facial, incluindo reeducação neuromuscular; e gerenciamento de sincinesia, a fisioterapia se torna indispensável na vida dessas pessoas, reabilitando e inserindo-as na sociedade novamente e melhorando sua qualidade de vida.

Palavras chaves: Paralisia facial; Paralisia de bell; Reabilitação; Fisioterapia.

SUMMARY

Peripheral facial paralysis is an unexpectedly occurring disorder marked by paralysis or weakening of the muscles on one side of the face. This pathology arises through an inflammatory reaction of the facial nerve (seventh pair of cranial nerves), which is compressed within a bone channel located at the back of the ear. This nerve block prevents nerve impulses from passing to the responsible muscles that perform facial mimicry, consequently causing functional disability and asymmetry in facial expressions, which present aesthetic damage in people. Diagnosis is based on medical history and physical examination. The patient's clinical medical history is necessary to find the etiology of the facial paresis or paralysis in the acute phase, as well as the diagnosis of Bell's palsy. Pharmacological treatment consists of the recommendation of oral steroids within 72 hours after the onset of Bell's palsy symptoms, physical therapy treatment comprises 5 main components: patient education; soft tissue

¹ Acadêmica do curso de fisioterapia

² Acadêmica do curso de fisioterapia

³ Acadêmica do curso de fisioterapia

⁴ Acadêmica do curso de fisioterapia

⁵ Docente do curso de fisioterapia



mobilization to treat stiffness and swelling of facial muscles; functional retraining; facial expression retraining, including neuromuscular reeducation; and synkinesis management, physiotherapy becomes indispensable in these people's lives, rehabilitating and inserting them into society again and improving their quality of life.

Keywords: Facial paralysis; Bell's palsy; Rehabilitation; Physiotherapy

INTRODUÇÃO

A animação facial é uma parte essencial da comunicação humana e é um dos principais meios de expressar emoções e fornecer pistas não-verbais. O sorriso, por exemplo, tem sido julgado como a expressão facial mais importante que reflete positivamente tanto na pessoa que sorri quanto no observador. Quando a face fica paralisada como resultado de uma variedade de causas, a perda da capacidade de animar a face pode ser devastadora e muitas vezes está associada à depressão, isolamento social e redução da qualidade de vida. (Owusu, James A.; Stewart, C. Matthew.; Boahene, Kofi, 2018).

A animação facial é orquestrada pelos músculos faciais dirigidos pelo núcleo facial através de uma rede do nervo facial e seus ramos. O comprometimento de qualquer um desses componentes da animação facial pode resultar em paralisia facial parcial ou completa. (Owusu, James A.; Stewart, C. Matthew.; Boahene, Kofi, 2018).

A paralisia do nervo facial periférico refere-se à lesão do neurônio motor inferior do nervo facial e pode ocorrer como resultado de várias condições médicas, como infecção, colesteatoma, trauma, malignidade, problemas autoimunes e gravidez. A doença mais comum que causa paralisia do nervo facial periférico é a paralisia de Bell idiopática. (SU JIN KIM E HO YUN LEE, 2020).





A paralisia facial resulta em fraqueza dos músculos da mímica, o que pode resultar em problemas para fechar os olhos, comer, beber e sorrir. A paralisia facial afeta negativamente a qualidade de vida (QV). (SU JIN KIM E HO YUN LEE, 2020).

CAUSAS DA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA

As causas da paralisia facial variam amplamente, mas podem ser categorizadas da seguinte forma:

- Paralisia facial idiopática (paralisia de Bell [BP], síndrome de Ramsay Hunt [RHS])
- Infecciosa (doença de Lyme, otite média)
- Paralisia decorrente de tumores (neuroma facial, neuroma acústico, hemangioma geniculado, neoplasias de parótida)
- Desenvolvimento (Mobius, microsomia hemi facial)
- Traumático (parto a fórceps, fratura do osso temporal, ferimentos penetrantes: mordida de cachorro, facada, ferimentos por arma de fogo)
- Iatrogênica (pós-cirúrgicas).

(Owusu, James A.; Stewart, C. Matthew.; Boahene, Kofi, 2018).

DIAGNOSTICOS

A avaliação iniciasse com a coleta dos dados dos prontuários médicos e história da doença atual deve conter o início e grau da paralisia e sintomas da paralisia facial. Além das medidas e resultados das medidas de deficiência, limitações funcionais obtidas através de fotografias, vídeos e achados clínicos (ROBINSON E BAIUNGO, 2018).

De acordo com as diretrizes da Academia Americana de Otorrinolaringologia-Cirurgia de Cabeça e Pescoço (AAO-HNSF) o exame deve ser realizado de forma minuciosa através do histórico médico e exame físico. O histórico clínico médico do paciente é necessário para encontrar a etiologia da paresia ou paralisia facial na fase aguda, bem como a o diagnóstico da paralisia de Bell. Para auxiliar no diagnóstico são utilizados alguns sistemas de classificações como: o sistema de classificação House-Brackmann, o Sistema de classificação do nervo facial 2.0, o sistema de classificação Yanagihara, o sistema de classificação facial Sunnybrook e o eFACE.

Sendo a classificação de House-Brackmann o mais utilizado, o sistema de eFACE possui um tempo de teste mais curto, maior confiabilidade teste-reteste e pode ser usado como



um teste de smartphone. O Sir Charles Bell Society recomenda a utilização do sistema de classificação facial Sunnybrook para o diagnóstico da paralisia facial (KIM E LEE, 2020).

A Facial Synkinesis



C eFACE

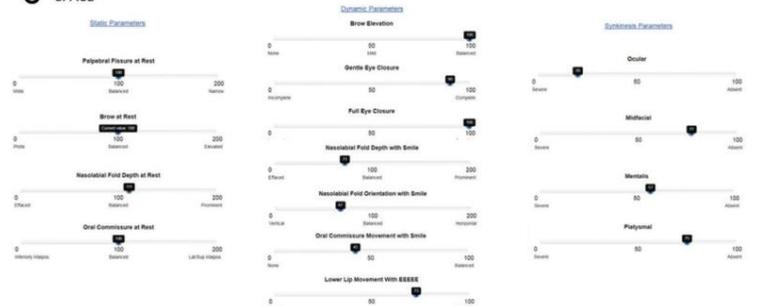


Fig. 1. (A) Expressões faciais. (B) A pontuação Sunnybrook FGS do indivíduo retratado na série fotográfica. (C) A pontuação eFACE do indivíduo retratado na série fotográfica. (Cortesia de Sunnybrook Health Sciences Centre, Toronto, Ontário, Canadá; com permissão.)

B Sunnybrook Facial Grading System

Sunnybrook Facial Grading System		
Resting Symmetry	Symmetry of Voluntary Movement	Synkinesis
Compared to normal side	Degree of muscle EXCURSION compared to normal side	Rate the degree of INVOLUNTARY MUSCLE CONTRACTION associated with each expression
Eye (choose one only) normal 1 narrow 1 wide 1 eyelid surgery 1	Standard Expressions Forehead Wrinkle (FR) 1 2 3 4 5 Gentle eye closure (GCS) 1 2 3 4 5 Open mouth smile (ZYORIS) 1 2 3 4 5 Sneer (LALLES) 1 2 3 4 5 Lip Pucker (DOO/DOO) 1 2 3 4 5	None: No involuntary muscle contraction MILD: Slight involuntary contraction MODERATE: Moderate involuntary contraction SEVERE: Disproportionate involuntary contraction of forehead muscles
Cheek (nasal-labial fold) normal 2 absent 1 less pronounced 1 more pronounced 1	Resting asymmetry score Total X 5 = 0	Synkinesis score Total = 10
Mouth normal 2 corner dropped 1 corner pulled up/let 1	Voluntary movement score Total X 4 = 80	Composite score Total = 70
Total 0	Resting symmetry score 0	Synk score 10
Voluntary movement score: Total X 4 = 80	Resting symmetry score: 0	Synk score: 10
Resting symmetry score: Total X 5 = 0	Synk score: 10	Composite score: 70

A Academia Americana de Otorrinolaringologia-Cirurgia de Cabeça e Pescoço (AAO-HNSF) aconselha que:

“Os exames laboratoriais não deveram ser realizados no início da paralisia de Bell tendo em vista as baixas taxas de detecção do vírus dos herpes simplex ou vírus varicela zoster, mesmo no uso de reação em cadeia da polimerase, ensaio de imuno absorção enzimática (ELISA), western blot e coleta de líquido cefalorraquidiano. Nestes casos se faz necessários obtenção de um histórico de viagem para identificar visitas a áreas endêmicas para indicar quais serão os procedimentos de teste de laboratório mais apropriados” (KIM E LEE, 2020).

Ainda de acordo com AAO-HNSF os testes eletro diagnósticos deveram ser utilizados para confirmação de deterioração do nervo facial principalmente após traumas na região temporal, no entanto a academia não indica o uso de exames de imagens e radiológicos aos contrários disto as diretrizes canadenses defendem que é importante para a detecção de neoplasia principalmente em pacientes que não apresentaram melhoras após o tratamento (KIM E LEE, 2020).



Nos casos de paralisia facial por traumas é realizado a avaliação radiológica por meio de tomografia computadorizada de alta resolução (TCAR) do osso temporal (SHANKAR et al.; 2022).

Outros testes importantes de serem realizados são testes de sensibilidade superficial, amplitude de movimento da articulação temporomandibular e triagem dos nervos cranianos remanescentes, sistemas neurológico, vestibular e musculoesquelético do paciente para nortear o planejamento do tratamento (ROBINSON E BAIUNGO, 2018).

TRATAMENTO

O tratamento farmacológico consiste na recomendação de esteroides orais dentro de 72 horas após o início de sintomas da paralisia de Bell, outra classe medicamentosa utilizada são os de terapia antiviral e tratamento combinado antiviral-esteróide o tratamento combinado pode ser oferecido para aumentar a probabilidade de recuperação da função facial.

O tratamento fisioterapêutico abrange 5 componentes principais: (1) educação do paciente para explicar a condição patológica e estabelecer metas realistas; (2) mobilização de tecidos moles para tratar a rigidez e o edema dos músculos faciais; (3) retreinamento funcional para melhorar a competência oral; (4) retreinamento da expressão facial, incluindo reeducação neuromuscular; e (5) gerenciamento de sincinesia (ROBINSON E BAIUNGO, 2018).

O tratamento fisioterapêutico proposto por Robinson e Baiungo (2018), consiste em iniciação, facilitação, controle de movimento e relaxamento. A iniciação na reabilitação deve ser realizada com a educação sobre a anatomia dos músculos faciais; expectativas de recuperação; alongamento suave das pálpebras; tecido macio, iniciação ou movimento ativo-assistivo; e estratégias compensatórias para déficits funcionais. A técnica de facilitação porque o objetivo principal é auxiliar ou facilitar o retorno motor a inclui educação do paciente, alongamento da pálpebra, mobilização de tecidos moles. O controle de movimento tem ênfase no movimento ativo em algumas ou todas as zonas da face, mas também apresentam sincinesia devido à regeneração nervosa aberrante, iniciam o tratamento usando estratégias de controle de movimento. Por fim a última fase é de relaxamento técnicas agressivas de mobilização de tecidos moles e controle de sincinesia por meio de estratégias de relaxamento são ensinadas como uma intervenção primária. Recomenda-se o uso de uma gravação de relaxamento de áudio, usando imagens visuais guiadas para liberar a tensão facial e usando a atenção plena para



amortecer a sincinesia. Com o tempo, os pacientes podem aprender a usar espontaneamente técnicas de relaxamento para liberar a tensão facial.

Os autores relatam que os pacientes devem ser ensinados a alongar a pálpebra superior por 30 segundos, para alongar passivamente o levantador da pálpebra superior e efetivamente interrompe as pontes cruzadas.



Fig. 3. Alongamento da pálpebra.

Para melhorar a circulação e a saúde muscular é indicado a mobilização dos tecidos moles, sendo utilizada quando há rigidez muscular ou sensibilidade à palpação na musculatura facial, os movimentos da expressão facial com movimentos manuais ou passivos também são indicados (ROBINSON E BAIUNGO, 2018).

Para melhorar a excursão do sorriso, o paciente coloca o dedo no canto da boca e auxilia suavemente a comissura oral superiormente para estimular a contração do zigomático. É importante ressaltar que os pacientes são instruídos a evitar movimentos de massa da face e se concentrar em expressões faciais equilibradas. Embora a simetria e o equilíbrio sejam enfatizados, a educação em estratégias compensatórias pode ser necessária para questões relacionadas à incompetência oral. É fornecida educação sobre recuperação realista, expectativas de reabilitação e importância da adesão a um programa domiciliar (ROBINSON E BAIUNGO, p.06, 2018).

A mímica facial é importante pois através dela é possível detectar sentimentos e ideias, muito utilização da comunicação e alimentação humana, os exercícios de reeducação neuromuscular, como por exemplo terapia de mímica são ensinados utilizados para amortecer os músculos faciais não envolvidos para minimizar as forças opostas, a fim de ganhar esforço e ganhar movimento no lado envolvido (ROBINSON E BAIUNGO, 2018).



Fig. 5. Fotografias de sorriso (linha superior) e franzido (linha inferior) de um indivíduo que apresenta paralisia facial crônica do lado esquerdo e sincinesia, na avaliação inicial (coluna da esquerda), seguida de reabilitação facial por 3 meses (coluna do meio) e seguido por injeções iniciais de modoneurização che (coluna da direita).



Segundo a AAO-HNSF e as diretrizes canadenses a eletroestimulação e a acupuntura não é recomendada pois possuem baixa evidências científicas além de enfatizarem que a fisioterapia não é especificamente recomendada na fase aguda da doença, em concordância Texeira et al (2011), a eletroestimulação não demonstrou nenhum benefício ou resultado significativos para a reabilitação.

Klan et al (2022), relata que os exercícios físicos com ou sem terapia a laser de baixa potência mostrou resultado significativos em três e seis semanas após o início do tratamento. Ainda de acordo com o autor a reabilitação padrão foi documentada como incluindo massagem, alongamento, reeducação neuromuscular, liberação miofascial e exercícios posturais combinada com a terapia do espelho obteve índice médio. Outra conduta mencionada foi de Kabat com e sem bandagem facial obtiveram um resultado significativo para a reabilitação.

REFERENCIAS

Khan AJ, Szczepura A, Palmer S, Bark C, Neville C, Thomson D, Martin H, Nduka C. Physical therapy for facial nerve paralysis (Bell's palsy): An updated and extended systematic review of the evidence for facial exercise therapy. Clin Rehabil. Disponível em ><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9510940/><Acessado em 06 abril 2023

Kim SJ, Lee HY. Acute Peripheral Facial Palsy: Recent Guidelines and a Systematic Review of the Literature. J Korean Med Sci. 2020. Disponível em ><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7402921/> <Acessado em 06 de abril 2023

Owusu, J. A., Stewart, C. M., & Boahene, K. (2018). Facial Nerve Paralysis. The Medical clinics of North America, 102(6), 1135–1143. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.06.011>

Robinson MW, Baiungo J. Facial Rehabilitation: Evaluation and Treatment Strategies for the Patient with Facial Palsy. Otolaryngol Clin North Am. 2018. Disponível em ><https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30262166/><Acessado em 06 de abril 2023

Shankar A, George S, Somaraj S. Evaluation of Clinical Outcome in Traumatic Facial Nerve Paralysis. Int Arch Otorhinolaryngol. 202. Disponível em ><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8789492/><Acessado em 06 abril 2023