

PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA

O Papel da Medicina Física e de Reabilitação

Catarina MATOS

RESUMO

A paralisia facial periférica (PFP) resulta da lesão neuronal periférica do nervo facial (NF). Pode ser primária (Paralisia de Bell) ou secundária. Além do quadro clínico clássico, que tipicamente envolve os dois andares da hemiface afectada, pode apresentar-se com outros sintomas acompanhantes (ex. xerofthalmia, hiperacusia, alteração da fonação e deglutição), que importa pesquisar. A avaliação clínica inclui a aferição rigorosa do tónus muscular e da sensibilidade do território do NF. Alguns instrumentos permitem maior objectividade na avaliação dos doentes (Sistema de House-Brackmann, Sistema de Graduação Facial, Avaliação Funcional). Há critérios claros de referenciação à especialidade de Medicina Física e de Reabilitação. O tratamento da Paralisia de Bell pode englobar a terapêutica farmacológica, a reeducação neuromuscular (RNM), os métodos físicos e a cirurgia. Dentro da RNM, sistematizam-se as várias técnicas de tratamento. As estratégias do plano terapêutico devem ser orientadas por problemas e ajustadas aos sintomas e sinais do doente. Revê-se o papel dos métodos físicos. Cerca de 15-20% dos doentes fica com sequelas permanentes após três meses de evolução. A PFP é uma condição frequentemente pluridisciplinar, importando conhecer as estratégias disponibilizadas pela Medicina de Reabilitação.

SUMMARY

PERIPHERAL FACIAL PARALYSIS

The Role of Physical Medicine and Rehabilitation

Peripheral facial paralysis (PFP) is a consequence of the peripheral neuronal lesion of the facial nerve (FN). It can be either primary (Bell's Palsy) or secondary. The classical clinical presentation typically involves both stages of the hemiface. However, there may be other symptoms (ex. xerophthalmia, hyperacusis, phonation and deglutition changes) that one should recall. Clinical evaluation includes rigorous muscle tonus and sensibility search in the FN territory. Some useful instruments allow better objectivity in the patients' evaluation (House-Brackmann System, Facial Grading System, Functional Evaluation). There are clear referral criteria to Physical Medicine and Rehabilitation. Treatment of Bell's Palsy may include pharmacotherapy, neuromuscular training (NMT), physical methods and surgery. In the NMT field the several treatment techniques are systematized. Therapeutic strategies should be problem-oriented and adjusted to the patient's symptoms and signs. Physical methods are reviewed. In about 15-20 % of patients permanent sequelae subside after 3 months of evolution. PFP is commonly a multidisciplinary condition. Therefore, it is important to review strategies that Physical Medicine and Rehabilitation may offer.

C.M.: Serviço de Medicina Física e de Reabilitação. Hospital São José (CHLC). Lisboa. Portugal.

INTRODUÇÃO

A Paralisia Facial Periférica (PFP) resulta da lesão neuronal periférica do nervo facial, podendo situar-se a qualquer nível do seu trajecto, do núcleo protuberancial à junção neuromuscular¹.

O Nervo Facial é um nervo misto, mas essencialmente motor¹. Após atravessar a glândula Parótida, divide-se em dois ramos principais que originam múltiplos ramos secundários que inervam os músculos faciais.

As expressões faciais são resultado de uma combinação de contrações de músculos faciais. As expressões voluntárias são geralmente mediadas pelo córtex cerebral, enquanto que as reaccionais (surpresa, espirro, riso) são subcorticais². A acção dos músculos faciais pode ser identificada em algumas expressões (Quadro 1).

Epidemiologia e Etiologia

A PFP pode ser primária (Paralisia de Bell) ou secundária a múltiplas causas, sendo a primeira a mais frequente, constituindo cerca de 75% dos casos³.

A Paralisia de Bell (PB) tem uma incidência anual reportada entre 11.5 e 40.2 casos por 100.000 indivíduos⁴. Apresenta-se em dois picos etários, dos 30 aos 50 anos e dos 60 aos 70 anos⁴. Não há predominio de sexo ou hemiface relatado.

Várias hipóteses etiológicas têm sido colocadas quanto à PB, sendo admitidas uma eventual infecção viral latente reactivada (vírus *Herpes simplex* ou *Varicella zoster*), um fenómeno de isquémia vascular (a PB é mais frequente nos doentes com Hipertensão arterial e Diabetes mellitus) ou um mecanismo de autoimunidade (a PB é mais frequente na gravidez e no puerpério)⁵.

As causas secundárias de PFP são múltiplas (Quadro 2).

Quadro Clínico

A PFP caracteriza-se pela presença de sinais de diminuição da força muscular facial unilateral, que tipicamente envolve os dois andares da hemiface^{6,7}:

- diminuição/ ausência de rugas na região frontal
- dificuldade/ incapacidade de mobilizar a sobrancelha
- lagofalmo (o doente tem dificuldade/ incapacidade de fechar o olho)
- Sinal de Legendre (contração diminuída do músculo orbicular das pálpebras)
- Sinal de Mingazzini (com o olho fechado é fácil levantar a pálpebra superior)
- Sinal de Bell (rotação do globo ocular para cima

quando fecha o olho)

- não elevação da asa do nariz com a inspiração
- assimetria da comissura labial (dificuldade/ incapacidade de mobilizar a comissura labial).

Frequentemente os doentes relatam outros sintomas particulares^{1,5-7} que importa pesquisar e que traduzem outras acções do Nervo Facial (que também distribui

Quadro 1 - Músculos faciais e expressões faciais associadas

Músculo	Expressão Facial
Frontal	Surpresa
Próceros	Atenção
Grande Zigomático	Sorriso
Pequeno Zigomático	Choro
Canino	Desdém
Risório	Riso sardónico
Abaixador do ângulo do lábio inferior	Sofrimento

Quadro 2 - Algumas causas secundárias de Paralisia Facial Periférica

Doenças Metabólicas
Diabetes mellitus
Doenças Cerebrovasculares
Acidente Vascular Cerebral homolateral
Doenças Infecciosas
Herpes simplex
Varicella Zoster (Síndrome de Ramsey-Hunt)
Parotidite infecciosa
Doença de Lyme
Meningite tuberculosa
Sífilis
Tumores
Neurinoma do acústico
Tumores da Parótida
Linfoma
Traumatismo
Traumatismo cranio-encefálico
Lesão Cirúrgica
Excisão de tumor do ângulo ponto-cerebeloso
Doença Imunológica
Lupus eritematoso sistémico
Sarcoidose
Síndrome de Guillain-Barré
Fármacos
Linezolid

Quadro 3 - Outra sintomatologia dos doentes com Paralisia Facial Periférica e relação com estruturas inervadas pelo Nervo Facial

Sintoma	Estrutura inervada
Xerofthalmia	Glândula Lacrimal
Hiperacúsia	Músculo do Estribo
Alteração do paladar	Sensibilidade dos 2/3 anteriores da Língua
Hiper ou hipo-salivação	Glândulas sublinguais e submandibulares
Alteração na fonação e dificuldade de controlo do bolo alimentar na boca	Músculos faciais (força e coordenação)

fibras sensitivas e vegetativas) (Quadro 3).

AVALIAÇÃO CLÍNICA

No doente com PFP deve ser avaliado o *tónus muscular*, devendo observar-se os diferentes aspectos¹:

- Abolição das rugas frontais
- Queda da extremidade da sobrancelha
- Desvio do nariz em vírgula (relativamente à hemiface sã)
- Abolição do sulco nasogeniano
- Abolição do sulco nasolabial
- Desvio da comissura labial
- Bochecha deprimida em saco

Quadro 4 - Sistema de House-Brackmann

I – Normal
II – Disfunção ligeira
- Pequena deformidade só detectável em inspecção cuidadosa
- Olho fecha completamente com esforço mínimo
- Boca tem uma ligeira assimetria com o sorriso forçado
- Ligeira sincinésia(s). Sem espasmo ou contratura.
III – Disfunção moderada
- Paralisia evidente mas não desfigurante
- Olho encerra completamente
- Boca com desvio evidente com o movimento esforçado
- Sincinésia(s) óbvia(s) mas não desfigurante(s)
IV – Disfunção moderada a grave
- Paralisia bem evidente, com assimetria desfigurante
- Olho não fecha completamente. Há Sinal de Bell.
- Boca com assimetria com o movimento
- Há sincinésias graves, movimento em massa e espasmo
V – Disfunção Grave
- Não há quase movimento perceptível do lado afectado
- Olho não fecha completamente. Há Sinal de Bell.
- Boca tem apenas movimento ligeiro e assimétrico
- Sincinésias, contratura ou espasmo geralmente ausentes
VI – Paralisia Total – Não há qualquer movimento, espasmo ou contratura

Para classificar o *tónus* podem usar-se os seguintes valores¹: - 2 hipotonia, -1 atonia, 0 normalidade, +1 hipertonia, +2 contractura.

Deve identificar-se a presença de hipertónias e sincinésias. As sincinésias são movimentos não desejados que acompanham movimentos desejados. São exemplos de Sincinésias⁸:

Sobrancelha – bochecha (com a elevação voluntária da sobrancelha há elevação involuntária da comissura labial)

Ocular – oral (com o encerramento palpebral voluntário há elevação involuntária da comissura labial)

Bochecha – mento ou pescoço (com o sorriso ou o assobio voluntários há depressão involuntária do mento e/ou contracção do pescoço)

Bochecha – oral (com o sorriso voluntário há contracção involuntária do orbicular dos lábios e / ou depressor da comissura labial)

Em alguns doentes pode verificar-se mesmo a presença de um espasmo da hemiface (contrações rápidas irregulares).

Deve testar-se a *sensibilidade* dos territórios do Nervo Facial, nomeadamente na prática, a porção externa do canal auditivo externo e os 2/3 anteriores da língua. A avaliação do gosto é feita com a colocação de uma pequena quantidade de sal, açúcar ou sumo de limão na língua⁶.

As PFP podem ser classificadas quanto às etapas de evolução¹ em: 1) flácidas, 2) pseudoflácidas, 3) em recuperação e 4) com presença de anomalias de recuperação (hipertónias e sincinésias).

Alguns instrumentos permitem maior objectividade na avaliação e no seguimento dos doentes⁸ - Sistema de House-Brackmann (Quadro 4) , o Sistema de Gradação

Quadro 5 - Sistema de Gradação Facial

SIMETRIA EM REPOUSO	
SCORE PARCIAL (0-4) =	
Fenda Palpebral	Normal (0), estreita (1), alargada (1), cirurgia palpebral (1)
Sulco nasolabial	Normal (0), ausente (2), menos pronunciado (1), mais pronunciado (1)
Comissura Labial	Normal (0), queda (1), repuxada para cima e fora (1)
SIMETRIA DO MOVIMENTO VOLUNTÁRIO	
SCORE PARCIAL (0-25) =	
Enrugar a Frente	sem movimento/ assimetria grosseira (0)
Encerrar as pálpebras	movimento ligeiro/ assimetria grave (2)
Abrir os lábios e sorrir	ligeira mobilização/ assimetria moderada (3)
Assobiar	movimento quase completo/ assimetria ligeira (4)
Beijar	movimento completo/ simetria (5)
SINCINÉSIAS	
SCORE PARCIAL (0-15) =	
Enrugar a frente	
Encerrar as pálpebras	sem sincinésias ou movimento em massa (0)
Abrir os lábios e sorrir	sincinésia ligeira (1)
Assobiar	sincinésia moderada (2)
Beijar	sincinésia grave, movimento em massa dos músculos, desfigurante (3)
SCORE FINAL (soma dos scores parciais) =	

Facial (Quadro 5) e Avaliação Funcional.

Na *avaliação funcional* dos doentes podem usar-se algumas actividades como⁸:

- Discurso (enfatizar o uso de sons labiais como *b, f, m, p, s*; permite avaliar a presença de alterações da fonação e identificar sincinésias)
- Soprar para um balão (avalia-se a capacidade de execução e a fuga de ar; simultaneamente permite identificar sincinésias)
- Mastigar uma pastilha (permite avaliar problemas como a mastigação, a perda de saliva e a presença de sincinésias)
- Assobiar (avalia-se a capacidade de execução)

Critérios de referenciação para Medicina Física e de Reabilitação

Claramente um doente com PB em fase aguda, com menos de três semanas de evolução e completamente flácida não vai responder a técnicas de reeducação e, portanto, não é candidato⁸. Porém, uma consulta inicial permite uma avaliação basal e educação quanto a cuidados a ter. Deve aguardar-se e vigiar o aparecimento dos sinais de recuperação.

- São considerados critérios de referenciação para MFR os seguintes⁸:
 - PB flácida e com mais de três semanas de evolução
 - PFP com evidência de sinais de regeneração aberrante (sincinésias ou hipertonia), qualquer que seja o tempo de evolução
 - PFP com evidência de sinais de regeneração parcial
 - PFP com recuperação incompleta, nomeadamente com documentação por electromiograma
 - PFP em que foi efectuada anastomose nervosa e há sinais de reinervação
 - PFP em que foi efectuada transferência muscular

É importante também ter presente que em casos de PFP sem recuperação ao fim de três meses ou com envolvimento simultâneo de outro par craniano, o doente deve ser avaliado pluridisciplinarmente.

TRATAMENTO

O tratamento da PB engloba a terapêutica farmacológica, a reeducação, os métodos físicos e a cirurgia.

1. Farmacoterapia

As orientações internacionais para o tratamento farmacológico, nomeadamente preconizadas pela *American Academy of Neurology*⁹, são as seguintes:

Corticoterapia (recomendação grau B) deve ser iniciada precocemente – Prednisona ou Prednisolona (1 mg/kg/dia durante 10 dias) ou Hidrocortisona (1 g/dia durante oito dias)

Aciclovir (recomendação grau C) – deve ser iniciado precocemente (400 mg 5x/dia ou 800 mg 3x/dia durante 10 dias). Uma alternativa a considerar é o Valaciclovir (1 g 2 a 3x/dia durante sete dias)¹⁰. O antiviral deve ser feito em associação com o corticosteróide.

2. Protecção ocular

Uma acção prioritária é a protecção da córnea e a preservação da visão¹¹. Recomenda-se o uso de óculos escuros para protecção dos raios solares e efeito traumático do vento¹¹. A lubrificação ocular deve ser feita com o uso de um lubrificante ocular e de lágrimas artificiais. Deve ser feita a oclusão ocular nocturna com um penso adesivo antialérgico poroso (exemplos – para encerramento da pálpebra superior; para evitar ou suportar o ectrópion)¹.

No tratamento a longo prazo podem ter que ser equacionadas medidas de protecção cirúrgicas quando não há encerramento palpebral espontâneo como tarsorrafia, cantoplastia lateral ou implante de peso de ouro¹¹.

3. Reeducação Neuromuscular

A reeducação neuromuscular visa facilitar a actividade muscular em padrões funcionais de movimento e expressões faciais e suprimir a actividade muscular anormal que interfere com a função facial⁸. Os tratamentos são ajustados aos sinais e sintomas de disfunção neuromuscular específicos do doente. Os tratamentos diferem marcadamente quando há um problema de

Quadro 6 - Treino de Mímica Facial

Músculos solicitados	Ordem
Occipito-Frontal	Faça um ar surpreendido
Próceros	Faça um ar atento
Orbicular das pálpebras	Feche os olhos
Dilatador da asa do nariz, Canino, Levantador do lábio superior	Tente abrir as narinas Faça como se estivesse a rosnar
Orbicular dos lábios, Quadrado do mento	Dê um beijo
Bucinator, Zigomáticos	Faça um grande sorriso Sorria para a fotografia sem abrir os lábios
Risório	Faça um sorriso amarelo
Abaixador da comissura labial, Cutâneo do pescoço	Aperte os dentes com força
Quadrado e Transverso do mento	Faça beicinho

fraqueza muscular ou quando há hipertonia e sincinésias⁸.

Os músculos faciais têm uma capacidade limitada de proporcionar *feedback*, pois têm poucos receptores intrínsecos que possam facultar informação proprioceptiva ao Sistema Nervoso Central¹. A reeducação neuromuscular assistida pelo *feedback* do espelho ou pelo electromiograma (EMG) de superfície está associado a melhores resultados do que o tratamento tradicional (repetições de expressões faciais comuns, massagem suave e electroterapia)⁸.

3.1. Técnicas de Tratamento

Técnicas de Estimulação – vibrações curtas e mantidas sobre a massa do músculo efectuada com as polpas digitais; percussões curtas com as polpas digitais e com cubo de gelo (envolto em toalha protectora).

Técnica de Suporte Passivo – fazer o movimento desejado usando um a três dedos, que depois são retirados, enquanto o doente tenta manter a contração.

Treino da Mímica Facial - treino do uso e controlo de um músculo ou grupo muscular isoladamente. Dá-se a instrução ao doente para praticar o movimento desejado enquanto olha para o espelho ou é usado o EMG de superfície (*Biofeedback*) – vidé quadro 6. Inicialmente o doente deve treinar o movimento desejado bilateralmente, observando a hemiface não afectada. A inscrição de pequenas marcas/ pontos na pele podem ser boas pistas visuais. Com o treino vão sendo sugeridas variações de velocidade, força, número de repetições e intervalos de descanso. Depois quando os exercícios já estão rotinados, é aconselhado alternar o uso do espelho com a realização dos mesmos exercícios sem espelho, para evitar a sobredependência do mesmo⁸.

Técnica de Controlo do Reflexo de Bell - Focar um objecto a 30 cm colocado em frente e abaixo (tentar encerrar os olhos) e em cima (tentar levantar a pápebra superior)

Exercícios de Fortalecimento Muscular – exercícios repetidos e de maior amplitude dos músculos afectados. Nos exercícios resistidos é aplicada resistência manual em direcção oposta ao movimento pretendido.

Técnicas de relaxamento muscular:

1) Automassagem - com a mão contralateral à hemiface

parética o doente faz massagem em direcção oposta ao repuxamento muscular; na região malar, geniana e perioral o polegar é introduzido na cavidade oral e usado em oponência aos segundos e terceiros dedos localizados no exterior¹; os movimentos devem ser lentos e suaves. O fisioterapeuta também pode fazer massagem endobucal, usando o segundo dedo no interior da cavidade oral e o polegar no exterior mantendo os músculos em posição de estiramento¹.

2) Exercícios de contração-relaxamento (*Jacobsen*) - contração mantida (3-5 seg) de músculos faciais específicos, seguida de relaxamento completo.

3) Palmopercussões sobre a hemiface afectada.

Técnica de Alongamento Passivo – usadas nos músculos orais ou periorais, agarrando o músculo alvo na sua origem e manter tracção durante 30 segundos.

Técnicas de Controlo de Sincinésias – é feito o movimento desejado lentamente e com pequena amplitude, enquanto se previne ou liberta da contração sincinética não desejada. Quando conseguido, o movimento é treinado com maior velocidade e força. Exemplos: Exercícios Olho-Boca (fechar os olhos enquanto mantém a bochecha estirada com pressão digital dos primeiros três dedos) e Exercícios Boca-Olho (fechar a boca, enquanto mantém pressão digital sobre o sulco nasogeniano com o indicador e tenta controlar o olho homolateral).

Facilitação Neuromuscular (FNM) – usa os princípios do reflexo do estiramento e da resistência para promover a actividade e aumentar a força muscular dos músculos da face. A pressão e resistência adequadas têm em vista facilitar o movimento. Alguns dos princípios gerais no tratamento da face são¹²: os movimentos faciais são exercitados com tarefas funcionais (*faça-se surpreendido*); existem duas áreas faciais gerais (os olhos e fronte e a boca e a mandíbula; o nariz trabalha em ambas as áreas); a face deve ser tratada bilateralmente (primeiramente pretende-se simetria); os músculos faciais devem trabalhar contra gravidade (este aspecto deve ser tido em conta quando se escolhe uma posição para o tratamento); o espelho pode ajudar o doente a controlar os movimentos. Na FNM é efectuada uma resistência e um estiramento prévio ao movimento muscular que se pretende que o doente faça e dá-se, de seguida, ordem para o movimento que se pretende, ao mesmo tempo que se liberta a resistência no sentido do mesmo.

3. 2. Estratégias de Tratamento por Problemas

Há estratégias de tratamento específicas para os diferentes problemas⁸: a) diminuição da força muscular; b) perda de controlo motor isolado; c) tensão muscular e hipertonia; d) sincinésias (vidé Quadro 7).

Quadro 7 - Estratégias de Tratamento por Problemas

Diminuição da Força Muscular	Técnicas de estimulação (ex. vibração, cubo de gelo) Técnica de suporte passivo Exercícios de Fortalecimento
Perda de Controlo Motor Isolado	Treino de mímica facial com espelho ou biofeedback Educação do doente
Hipertonia	Alongamento passivo Auto-massagem Exercícios de contração-relaxamento (<i>Jacobsen</i>)
Sincinésias	Técnicas de controlo de sincinésias

4. Métodos Físicos Adjuvantes

4.1 Biofeedback com Electromiograma de Superfície

É uma técnica que usa referências visuais ou auditivas por meio de EMG para fornecer ao indivíduo informações sobre a sua performance motora¹³. Os sinais captados pelos eléctrodos são amplificados e convertidos por um computador em gráficos que representam a actividade muscular, os estímulos visuais e auditivos. Os locais mais frequentes de colocação dos eléctrodos são: músculos frontais bilateralmente, grupo dos zigomáticos bilateralmente, grupos dos levantadores bilateralmente, levantador do lábio superior e zigomáticos ipsilateralmente, perioculares e periorais ipsilateralmente, zigomáticos e cutâneo do pescoço ipsilateralmente¹³. É um método indolor e não invasivo, mas que implica a existência de um profissional capaz de o operar. É um dos instrumentos mais eficazes na reeducação neuromuscular¹³. Fornece em tempo real informação visual ou auditiva ao doente enquanto tenta relaxar músculos hipertónicos, prevenir a contração de músculos indesejados, diminuir ou eliminar sincinésias.

4.2. Massagem Externa

A massagem externa aplica-se se há edema pós traumático ou se existem tetanizações dos músculos da face nas fases de regeneração anárquica do nervo facial¹. A massagem é muito suave, devendo começar do ponto central frontal e do 1/3 anterior do couro cabeludo. Ao nível do couro cabeludo devem ser feitos movimentos circulares e ao nível do ângulo das narinas a massagem deve ser feita em forma de oito¹. A massagem faz-se à base de suave fricção e estiramento mantido (mínimo 6 segundos). Particularmente no edema linfático pós-traumático a massagem é feita em direcção ao pescoço e cintura escapular.

4.3. Termoterapia

O calor visa manter a vascularização e as trocas celulares enquanto se aguarda o influxo nervoso e na fase de recuperação e hipertonia o calor promove o relaxamento muscular e prepara o estiramento muscular¹. A termoterapia local superficial pode ser usada previamente aos exercícios e à massagem¹¹. Deve ser sempre testada a sensibilidade facial (território do trigémio) previamente à aplicação. O calor pode ser aplicado com almofadas aquecidas à base de acetato de sódio¹ ou uma compressa húmida durante 10 minutos sobre a hemiface afectada¹¹.

Também a utilização de os ultrassons (3 MHz, 5 min/sessão, cinco vezes por semana, três a seis semanas) tem sido descrita para tratar a contratatura muscular facial¹⁴. Não devem ser usados na região da apófise mastoideia por poderem agravar a lesão do nervo facial inflamado e causar lesão da glândula parótida¹⁴.

4.4 Crioterapia

A crioterapia tem como objectivo a estimulação de pontos motores para obtenção de contração muscular na fase flácida¹⁵. Pode ser usado um cubo de gelo (com toalha protectora), durante um período até 10 minutos.

4.5. Electroterapia

O uso da electroterapia na reabilitação da PFP é controverso. O uso da corrente galvânica e a estimulação eléctrica de alta voltagem referidas em alguns estudos visa acelerar o retorno da contração muscular¹. Porém, estudos em animais mostraram que a estimulação eléctrica da neuromusculatura facial durante a fase inicial de recuperação da lesão nervosa pode ser disruptiva para a reinervação¹⁵. Também em humanos a estimulação eléctrica dos músculos faciais na fase de recuperação pode favorecer o aparecimento de hipertónias e sincinésias¹. Se o estímulo eléctrico não é cuidadosamente aplicado ao ramo do nervo facial que serve determinado(s) músculo(s), as fibras do tronco nervoso que serve vários músculos vão ser recrutadas¹⁶.

Para alguns autores, a estimulação eléctrica não é recomendada, excepto quando a flacidez persiste após 18 meses⁸. Encontraram-se alguns (raros) estudos favoráveis, como uma pequena série de 12 doentes com PB crónica (3.7 anos após o início dos sintomas) em que a estimulação eléctrica durante 6 meses mostrou uma redução das latências nervosas¹⁷. Também para outros autores, os únicos músculos que podem eventualmente beneficiar da electroterapia são os músculos orbiculares bucais¹, devendo ser aplicada uma estimulação punctiforme (músculos orbiculares incisivos superior e inferior). Este facto explica-se porque os músculos constritores são aqueles que estão mais afastados das terminações nervosas, atrás dos músculos dilatadores e, portanto, com menos risco de ser estimulada uma reinervação aberrante.

De qualquer modo uma revisão da Cochrane revelou que quase todos os estudos falharam em mostrar diferença estatisticamente significativa em favor do tratamento com electroterapia (associada a exercícios)⁴.

4. 6. LASERterapia

A LASERterapia tem sido apresentada como uma terapia coadjuvante à terapia convencional. O uso do LASER não ablativo visa induzir o metabolismo do tecido nervoso lesado a produzir proteínas favoráveis ao seu crescimento. Para alguns autores o LASER tem o potencial de aumentar a amplitude dos potenciais de acção e aceleração da regeneração nervosas¹⁸. Estudos em animais mostraram recuperação da condução nervosa após degeneração axonal, nomeadamente do nervo ciático de ratos¹⁹. Uma possível hipótese para o mecanismo pela qual a luz do LASER possa estimular a reinervação de tecidos é sua penetração nos axónios ou nas células de

Schwann adjacentes, induzindo o metabolismo do tecido nervoso danificado a produzir proteínas associadas com o crescimento do nervo, ou lançando um factor de trofismo causando um crescimento dos nervos adjacentes não lesados¹⁸.

São poucos os trabalhos publicados sobre a utilização da laserterapia na PFP. Para aumentar a efectividade da LASERterapia, marcam-se na face do doente o trajecto dos cinco ramos principais do nervo facial e alguns pontos correspondentes às inserções dos músculos afectados pela paralisia. Alguns autores propõem como protocolo a aplicação em quatro sessões (a cada 48 horas) de laser vermelho 2 J/cm² (HeNe, 635 nm, 50 nW, 72 Hz) nos pontos musculares e laser infravermelho 2 J/cm² (GaAlAs, 830 nm, 50 nW, 72 Hz) nos ramos principais do nervo facial¹⁸. Porém, são necessários estudos controlados e randomizados que sustentem a eficácia da LASERterapia na PFP, bem como do protocolo a utilizar.

4.7. Toxina Botulínica

As injeções subcutâneas ou intramusculares de toxina botulínica podem ser usadas para controlar temporariamente sincinésias nas PFP⁵. O espasmo hemifacial ocorre ocasionalmente na PB e o blefarospasmo pode ocorrer em casos raros. Ambos podem ser controlados com injeções de toxina botulínica²⁰. A hiperlacrimação secundária a uma regeneração aberrante do VII par também pode ocorrer na PB e a injeção de toxina botulínica também tem sido usada nestes doentes²⁰. No entanto, a aplicação de injeções de toxina botulínica ainda não é consensual, sendo que para alguns autores as injeções de toxina botulínica devem apenas ser usadas excepcionalmente num ou dois músculos para os manter em hibernação, enquanto se permite a recuperação dos antagonistas¹.

5. Cirurgia de Sequelas

Há procedimentos cirúrgicos que importa conhecer, mas cuja especificidade técnica excede o âmbito desta revisão. Sumariamente, nas lesões faciais traumáticas pode ser feita uma microcirurgia de reanastomose ou de enxerto do nervo facial, que deve ser realizada o mais precocemente possível. Na PB está recomendado aguardar 12 meses (para avaliar eventual regresso da função facial espontânea) antes de qualquer intervenção cirúrgica⁵. São exemplos de cirurgias reabilitadoras a substituição nervosa (anastomoses facial/hipoglosso), as transferências musculares regionais (músculos temporal e masséter) ou as transferências microneurovasculares (músculo costureiro, músculo grande dorsal).

Prognóstico

Na PB cerca de 80-85% dos doentes recuperam espontânea e completamente em três meses, ficando 15-20% com sequelas permanentes, 5% dos quais

graves²¹. Aos seis meses torna-se mais claro quais os doentes que ficarão com sequelas moderadas a graves⁵. São considerados factores de mau prognóstico: paralisia completa, idade superior a 60 anos, Síndrome de Ramsay-Hunt, PFP de causa secundária e ausência de recuperação aos três meses⁵. São exemplos de sequelas a fraqueza muscular permanente, as contraturas, os espasmos faciais, as sincinésias, a xerofthalmia, a presença de *lágrimas de crocodilo* e os efeitos psicológicos.

CONCLUSÃO

A PFP constitui uma patologia maioritariamente de etiologia primária, mas que pode ter várias etiologias secundárias potenciais que importa relembrar. O quadro clínico deve ser rigorosamente avaliado para uma correcta monitorização. Há critérios definidos de referenciação para a Medicina Física e de Reabilitação. Uma percentagem significativa (15-20%) de doentes mantém sequelas permanentes após três meses de evolução. Várias são as estratégias terapêuticas para além da farmacoterapia que estão envolvidas na Reabilitação deste quadro clínico. Importa, portanto, procurar ter uma abordagem sistematizada desta entidade clínica.

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

Fontes de financiamento:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

REFERÊNCIAS

- CHEVALIER AM: Rééducation des paralysies faciales centrales et périphériques. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation 2003;26-463-B-10,15 p.
- VANSWEARINGEN J: Facial Rehabilitation: A Neuromuscular Reeducation, Patient-Centered Approach. Facial Plast Surg 2008;24:250-9
- PEITERTSEN E: Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. Acta Otolaryngol Suppl 2002;549:4-30
- TEIXEIRA LJ, SOARES BGDO, VIEIRA VP, PRADO GF: Physical therapy for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 3. Art. No.: CD006283. DOI: 10.1002/14651858.CD006283.pub2.
- FINSTERER J: Management of peripheral facial nerve palsy. J. Eur Arch Otorhinolaryngol 2008;265:743-752
- BENTO, MINITI, MARONE: Doenças do Nervo Facial. In: Bento, Miniti, Marone, eds. Tratado de Otolgia. São Paulo. Ed USP 1998;427-458
- GILDEN DH: Bell's Palsy. N Engl J Med 2004;351:1323-31.
- HENKELMANN TC, MAY M: Physical Therapy and Neuromuscular Rehabilitation. In: May M, Schaitkin BM, eds. The Facial nerve, May's second ed. Thieme medical Publishers 2000;301-318

9. GROGAN PM, GRONSETH GS: Practice parameter: steroids, acyclovir, and surgery for bell's palsy (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the Am Acad Neurol 2001;56:830-6
10. AXELSSON S, LINDBERG S, STJERNQUIST-DESATNIK A: Outcome of treatment with valacyclovir and prednisone in patients with Bell's palsy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2003;112:197-201
11. CHÁVEZ EP, MARTINEZ CG, GONZÁLEZ JMG et al: Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica. *Rev Med IMSS* 2004;42(5):425-436
12. ADLER S, BECKERS D, BUCK M: Vital functions: Facial Muscles. In: Adler S, Beckers D, Buck M, eds. *PNF in practice: An illustrated guide*. Heidelberg. Springer 2008;272-282
13. GOULARTT F, VASCONCELOS KSS, SOUSA MRB, PONTES PB: A utilização do biofeedback no tratamento fisioterápico da paralisia facial periférica. *Acta Fisiátrica* 2002; 9(3):134-140
14. SHAFSHAK TS: The Treatment of Facial Palsy from the point of view of physical and rehabilitation medicine. *Eura Medicophys* 2006;42:41-7
15. RIBEIRO EC, CASSOL M: Enfoque fisioterápico & fonoaudiológico na paralisia facial periférica. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia* 1999;3(3):101-6
16. BRACH JS, VANSWEARINGEN JM: Physical Therapy for Facial Paralysis: A Tailored Treatment Approach. *Physical Therapy* 1999;79(4):397-404
17. TARGAN R, ALON G, KAY S: Effect of long-term electrical stimulation on motor recovery and improvement of clinical residuals in patients with unresolved facial nerve palsy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2000;122:246-252
18. VIENAS VN, KREISNER PE, MARIANI C, PAGNONCELLI RM: Laserterapia Associada ao Tratamento da Paralisia Facial de Bell. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac* 2006;47:43-48
19. SHAMIR MH, ROCHKIND S, SANDBANK J, ALON M: Double-blind randomized study evaluating regeneration of the rat transected sciatic nerve after suturing and postoperative low-power laser treatment. *J Reconstr Microsurg* 2001;17:133-7
20. AHMED A: When is facial paralysis Bell palsy? Current diagnosis and treatment. *Cleveland Clin J Med* 2005;72(5):398-405
21. SLAVKIN HC: The significance of a human smile: observations on Bell's palsy. *JADA* 1999;130:269-272