

Fisioterapia na paralisia facial periférica: estudo retrospectivo

Physical therapy in peripheral facial paralysis: retrospective study.

Márcia Regina Garanhani ¹, Jefferson Rosa Cardoso ², Alessandra de Mello Guides Capelli ³, Mara Claudia Ribeiro ⁴

Palavras-chave: exercícios, paralisia de Bell, paralisia facial, técnicas de fisioterapia.
Keywords: exercises, bell's palsy, facial paralysis, physical therapy techniques.

Resumo / Summary

A paralisia facial periférica requer tratamento especializado. A fisioterapia tem como objetivo restabelecer a mímica facial. O objetivo deste estudo foi descrever e analisar os resultados da fisioterapia para indivíduos com paralisia facial periférica. **Forma de Estudo:** Retrospectivo. **Método:** Foi realizado um estudo retrospectivo em um Hospital Universitário, com autorização do Serviço de Atendimento Médico e Estatístico, no período de 1999 a 2003. Os dados são apresentados em forma descritiva, com utilização de média e mediana para variáveis numéricas e frequência para variáveis categóricas. **Resultados:** Foram analisados 23 prontuários durante quatro anos. Foi identificado o predomínio do sexo feminino e a média de idade foi de 32,3 anos (DP±16,5); 14 casos idiopáticas e cinco traumáticas; 12, com comprometimento motor total e 11, parcial; nos 12 casos com avaliação final, sete evoluíram para recuperação parcial e cinco para total. A fisioterapia utilizada foi cinesioterapia e orientações. **Conclusão:** Neste estudo os indivíduos são similares a outras populações. Foram tratados com cinesioterapia, como sugerido pela literatura científica e evoluíram com recuperação.

Peripheral facial paralysis requires specialized treatment. Physical therapy aims at reestablishing facial movements. The aim of this study was to describe and to analyze physical therapy results for individuals with peripheral facial paralysis. **Study design:** Retrospective study. **Method:** A retrospective study was carried out at the University Hospital, authorized by the Statistics and Medical File Services, from 1999 to 2003. Data are presented in descriptive form with mean and median values for numeric variables and frequency for categorical variables. **Results:** Twenty-three files were analyzed during four years. Females predominated and the average age was of 32.3 years (SD±16.5); 14 idiopathic and five trauma cases; 12 with total motor deficit and 11 with partial motor deficit; in the 12 cases that underwent final evaluation, seven had partial and five had total recovery. The physical therapy program used was kinesiotherapy and patient education. **Conclusion:** In this study, individuals were similar to individuals in other populations. They were treated with kinesiotherapy, as suggested by the scientific literature and recovered.

¹ Mestre, Fisioterapeuta Docente da Universidade Estadual de Londrina.

² Doutor, Fisioterapeuta Docente da Universidade Estadual de Londrina.

³ Especialista em Fisioterapia Neurofuncional do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina.

⁴ Especialista em Fisioterapia Neurofuncional do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina.
Departamento de Fisioterapia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina.

Endereço para correspondência: Márcia Regina Garanhani - Rua Raposo Tavares 445/31 Centro Londrina PR 86010-580.

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBORL em 25 de abril de 2006. cod.1863.

Artigo aceito em 9 de agosto de 2006.

INTRODUÇÃO

A paralisia facial periférica decorre da interrupção do influxo nervoso de qualquer um dos segmentos do nervo facial^{1,2}. Seu acometimento resulta em paralisia completa ou parcial da mímica facial e pode estar associada a: distúrbios da gustação, salivação e lacrimejamento, hiperacusia e hipoestesia no canal auditivo externo²⁻⁴. Em torno de 50% da população acometida por paralisia facial periférica a etiologia é desconhecida. A primeira maior incidência é a idiopática, ou de Bell, e a segunda, é traumática, entre outras^{2,5}. Hipertensão arterial, diabetes mellitus, viroses, gravidez e puerpério são apontadas como condições associadas^{2,3,6,7}.

O grau de recuperação da função do nervo facial depende da idade do paciente, do tipo de lesão, da etiologia, nutrição do nervo, comprometimento neuromuscular e terapêutica instituída^{2,7,8}. A recuperação da lesão do nervo facial pode ocorrer em algumas semanas, até quatro anos^{1,3,4,7,8}. O tratamento da paralisia facial periférica requer abordagem médica, fisioterapêutica e fonoaudiológica. A fisioterapia é indispensável com o objetivo principal de restabelecer o trefismo, a força e a função muscular⁷⁻⁹. Os recursos sugeridos pela literatura são: cinesioterapia, massagem e eletrotermoterapia, confirmados por ensaio clínico aleatório e revisão sistemática^{7,8,10,11}.

O objetivo deste estudo foi descrever e analisar retrospectivamente os resultados da fisioterapia para indivíduos com paralisia facial periférica.

MÉTODO

Foi realizado um estudo retrospectivo de prontuários no período de janeiro de 1999 a junho de 2003. O levantamento dos prontuários foi realizado com autorização do Serviço de Atendimento Médico e Estatístico, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, nº 231/05. Foram encontrados 35 prontuários de indivíduos atendidos no ambulatório de fisioterapia por paralisia facial periférica. Destes, nove foram excluídos por não apresentarem diagnóstico médico, e três, por não apresentarem registro de fisioterapia a avaliação.

Foram analisados 23 prontuários quanto a idade, gênero, lado comprometido, comprometimento motor inicial e final, etiologia, tempo entre o diagnóstico e início da fisioterapia, tempo do tratamento, número de sessões e recursos utilizados.

Os dados coletados são apresentados em forma descritiva, com utilização de média (desvio padrão) e mediana (quartis) para variáveis numéricas e frequência (absoluta e relativa) para variáveis categóricas.

RESULTADOS

Foi identificado o predomínio do sexo feminino

com 14 casos (60,9%). A média de idade foi de 32,3 anos (DP 16,5). Houve predomínio de 22 casos (95,7%) de casos de paralisia facial unilateral, sendo a hemiface direita envolvida em 12 destes (52,2%).

Quanto à etiologia da paralisia facial foram encontrados 14 casos (60,9%) de causa idiopática, cinco casos (21,7%), traumática, três casos (13%) por tumor e um caso (4,3%), inflamatória. Dos indivíduos com etiologia idiopática, sete (50,0%) apresentaram comprometimento motor total e sete (50%) apresentaram comprometimento motor parcial; dos casos com etiologia traumática, dois (40%) apresentavam comprometimento motor parcial e três (60%) total; dos casos por tumor, dois (66,7%) apresentaram comprometimento motor parcial e um (33,3%) total e o único caso de etiologia inflamatória apresentou comprometimento motor total.

Na avaliação inicial o comprometimento motor foi de 12 casos com comprometimento total (52,2%) e 11 com comprometimento parcial (47,8%). Dos 23 prontuários analisados, apenas 12 continham avaliação final na alta do indivíduo. Este fato limitou a análise quanto à recuperação do paciente após sessões de fisioterapia. Nestes 12 casos analisados foi observado que sete (58,3%) evoluíram para recuperação parcial (paresia) e cinco (41,7%) para recuperação total. Na análise do comprometimento inicial e final, todos os pacientes com comprometimento motor total evoluíram, ou para um quadro normal ou de parcial. Porém, apenas alguns casos com quadro de paresia evoluíram para um quadro normal.

O período entre o diagnóstico médico e o início da fisioterapia foi de dois a 136 dias, com mediana de 15 dias (sete e 22 dias - 1º e 3º quartil). Quanto ao período de realização da fisioterapia, os indivíduos permaneceram a mediana de 12 semanas (oito e 21,1 - 1º e 3º quartil) em tratamento com sessões individuais de 45 minutos.

Os recursos terapêuticos mais utilizados foram: estimulação sensorial, exercícios de facilitação neuromuscular proprioceptivos e orientações (100%); massagem (95,7%); alongamentos (69,6%); pompage (26,1%) e eletroterápico (26,1%). O recurso eletroterápico utilizado foi a estimulação nervosa elétrica transcutânea, com objetivo de analgesia.

DISCUSSÃO

As causas e as frequências da paralisia facial periférica encontrada neste estudo são similares a da literatura brasileira^{3,8}. A frequência de paralisia facial idiopática, segundo Nakamura et al.¹², varia de 62% a 93% dos casos. No entanto, um estudo colombiano demonstrou maior frequência de paralisia facial traumática em relação à paralisia de Bell¹³. Para Vasconcelos², a segunda maior incidência de paralisia facial periférica é de origem traumática, podendo ocorrer como consequência de fraturas de ossos da face, como as crânio-encefálicas.

Aproximadamente um terço dos pacientes evoluem com seqüelas estéticas ou funcionais significantes como: disfunção oral, contraturas, obstrução nasal, disgeusia, disestesias, sincinesias e espasmo hemifacial³. A completa recuperação da lesão é, freqüentemente, impedida pela sincinesia.^{4,7,8} As sincinesias podem estar relacionadas com os recursos da fisioterapia sem supervisão e eletroestimulação⁴. Esta é uma seqüela atribuída à hipereciticabilidade nuclear facial ou à regeneração aberrante das fibras nervosas¹. O presente estudo demonstrou que, entre os 12 casos com avaliação final, sete casos apresentaram seqüelas motoras, e apenas um apresentou sincinesias.

Quando comparada a etiologia com a recuperação motora (n=12), observou-se recuperação total nos casos de etiologia idiopática (60%) e traumática (40%). Em um estudo com 140 casos de paralisia facial idiopática, Wolf¹⁵ relatou uma recuperação satisfatória em 82,1% dos casos.

Embora seja comum uma piora do quadro nas primeiras 48 horas, a maioria dos pacientes evolui para a recuperação dentro de algumas semanas. No entanto, quando há evidências de denervação após dez dias, pode-se esperar uma demora no início da recuperação (três meses em média)^{4,7}. Ribeiro⁸ afirmou que o tempo médio de recuperação do nervo facial pode durar de 15 dias até quatro anos. Cohen¹⁶ observou, em 95 casos revisados com gestantes, a recuperação completa da paralisia de Bell em 56 mulheres (58,9%) dentro de quatro meses ou menos. Em um estudo de 36 pacientes com paralisia facial periférica usando a cinesioterapia, observou-se a recuperação parcial em 83,3% dos participantes após 15 dias, e a recuperação total em 63,8%, após 30 dias de fisioterapia¹⁷. Os participantes deste estudo permaneceram a mediana de 12 semanas em tratamento, o que pode significar uma precocidade de alta ou abandono do mesmo; três permaneceram por mais de um ano e apenas um manteve acompanhamento durante quatro anos.

Estudos apontam que devem ser utilizadas a estimulação com massagens rápidas e exercícios de mímica facial para melhorar a simetria. Em um evento internacional realizado há duas décadas, já era apontada a importância do acompanhamento dos pacientes com paralisia facial periférica com exercícios, massagens, eletroterapia e biofeedback^{7,8,12,17,18}. Cronin & Steenerson¹⁴ propõem o biofeedback por eletromiografia de superfície. Os resultados demonstraram uma melhora da simetria facial e das sincinesias em 24 pacientes.

Os exercícios de treinamento neuromuscular da mímica facial são usados para melhorar a simetria da face^{9,4}. Os principais recursos de fisioterapia aplicados nos casos deste estudo foram: cinesioterapia, massoterapia, crioterapia e eletroterapia. Os recursos de cinesioterapia como facilitação neuromuscular e estimulação sensorial foram utilizados em todas as intervenções. O resultado do treinamento facial pode ser explicado pela teoria da plasticidade do sistema nervoso¹⁹.

Dos 23 prontuários analisados inicialmente, apenas três pacientes receberam eletroterapia associada à cinesioterapia, para analgesia e não eletroestimulação neuromuscular. O programa de eletroestimulação neuromuscular pode reverter parcialmente os déficits motores e as seqüelas da paralisia facial periférica, se combinados com um programa de exercícios específicos. Uma revisão narrativa da literatura e uma revisão sistemática demonstraram benefícios na utilização da eletroestimulação clássica e biofeedback, e concluíram serem necessários estudos que apresentem os parâmetros específicos de utilização e avaliação destes benefícios, para demonstrarem a efetividade do mesmo^{11,18}. Um estudo comparativo de 149 pacientes com paralisia facial de Bell demonstrou recuperação funcional completa mais rápida em 77 pacientes tratados com eletroestimulação neuromuscular, comparado aos 72 pacientes tratados apenas com prednisona²⁰. Entretanto, a eletroterapia pode ser responsável por um aumento de tetanias e hipertônias que, por sua vez, desencadeiam sincinesias. Esta modalidade tem sido abandonada em substituição ao trabalho muscular analítico e técnicas de alongamento muscular⁹⁻¹⁴.

Todos os casos deste estudo receberam orientações quanto aos cuidados e às atividades domiciliares. Basicamente, a orientação tem como intuito dar informações, prevenir as recorrências dos sintomas e promover modificações no comportamento do indivíduo⁷. Nesse sentido ela favorece significativamente a mudança dos cuidados em saúde, pois facilita a aceitação da responsabilidade por parte do indivíduo²¹.

LIMITAÇÕES E SUGESTÕES

Os registros dos casos apresentaram-se incompletos e não padronizados. É fundamental inserir no serviço de fisioterapia protocolos que facilitem os registros de dados dos indivíduos com paralisia facial encaminhados para tratamento, como por exemplo: tratamento médico associado, avaliação motora inicial e final, recursos selecionados, relatório de tratamento, permitindo assim estudos analíticos.

Os diversos recursos que são utilizados na fisioterapia ao indivíduo com paralisia facial proporcionam recuperações neuromotoras. Entretanto, há necessidade de estudos que demonstrem a efetividade destes recursos com ensaios clínicos aleatórios, visando facilitar as decisões clínicas dos fisioterapeutas.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que as características dos indivíduos com paralisia facial atendidos na fisioterapia são similares a outras populações. Os mesmos apresentaram melhora do quadro inicial após tratamento com recursos de cinesioterapia sugeridos pela prática clínica e literatura científica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adams RD. Neurologia. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 1998.
2. Vasconcelos BEC, Dias E, Dantas WRM, Barros ES, Monteiro GQM. Paralisia facial periférica traumática. *Rev Cir Traumat Buco-Maxilo-Facial* 2001;1:13-20.
3. Valença MM, Valença LPAA, Lima MCM. Paralisia facial periférica idiopática de Bell: a propósito de 180 casos. *Arq Neuropsiquiatr* 2001;59:234-42.
4. Valença MM, Valença LPAA. Nervo facial: aspectos anatômicos e semiológicos. *Neurobiol* 1999;62:77-84.
5. Gonçalves-Coelho TDG, Pinheiro CND, Ferraz EVP, Affonso Neto JL. Clusters of Bells palsy. *Arq Neuropsiquiatr* 1997;55:722-7.
6. Brandenburg NA, Annegers JF. Incidence and risk factors for Bell's palsy in Laredo, Texas: 1974-1982. *Neuroepidemiology* 1993;12:313-25.
7. Gomez MVSG, Vasconcelos LGE, Moraes MFBB. Trabalho miofuncional na paralisia facial. *Arq Fund Otorrinolaringol* 1999;3:1-5.
8. Ribeiro EC, Cassol M. Enfoque fisioterápico e fonoaudiólogo na paralisia facial periférica. *Arq Fund Otorrinolaringol* 1999;3:46-52.
9. Beurskens CH, Heymans PG. Physiotherapy in patients with facial nerve paresis: description of outcomes. *Am J Otolaryngol* 2004;25:394-400.
10. Beurskens CHG e Heymans PG Positive effects of mime therapy on sequelae of facial paralysis: stiffness, lip mobility, and social and physical aspects of facial disability. *Otol Neurotol* 2003;24:677-81.
11. Quinn R, Cramp F. The efficacy of electrotherapy for Bell's palsy: a systematic review. *Phys Ther Rev* 2003;8:151-64.
12. Nakamura K, Toda N, Sakamari K, Takeda N. Biofeedback rehabilitation for prevention of synkinesis after facial palsy. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;128:539-43.
13. Gutiérrez OA, Mejia LJ. Parálisis facial periférica: prevalencia abril 1996 a julio 1997 em el Hospital Universitario La Samaritana. *Acta Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 1999;27:85-8.
14. Cronin GW, Steenerson RL. The effectiveness of neuromuscular facial retraining combined with electromyography in facial paralysis rehabilitation. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;128:534-8.
15. Wolf MR. Idiopathic facial paralysis. *HNO* 1998;46:786-98.
16. Cohen YMG, Lavie O, Granovsky S, Abouafia Y, Diamant Y. Bell palsy complication pregnancy: a review. *Obstet Gynecol Surv* 2000;55:184-8.
17. Gómez-Benitez DA, Rivas JAC, Garcia EF, Penã D, Maritza S, Torres LM, Pantaleon Z. Terapia física en una población de pacientes con parálisis facial periférica. *Rev Med Domin* 1995;56:22-4.
18. Roma SM, Rodt VV. Parálisis facial periférica y terapia física: puesta al día. *Kinesiologia* 2002;68:87-91.
19. Cohen H. Neurociência para fisioterapeutas. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2001.
20. Flores FP, Zazueta MR, Garcia HL. Tratamiento de la parálisis facial periférica idiopática: terapia física versus prednisona. *Rev Med IMSS* 1998;36:217-21.
21. Gahimer JE, Domholdt E. Amount of patient education in physical therapy practice and perceived effects. *Phys Ther* 1996;76:1089-96.
22. Diels JH, Combs D. Neuromuscular retraining for facial paralysis. *Otolaryngol Clin North Am* 1997;30:727-43.