

MARIA AUGUSTA ALIPERTI FERREIRA¹

MILENA LAVOR¹

GUILHERME MACHADO DE CARVALHO¹

ALEXANDRE CAIXETA GUIMARÃES¹

VANESSA GONÇALVES SILVA¹

JORGE RIZZATO PASCHOAL²

Paralisia facial periférica e gestação: abordagem e tratamento

Facial palsy and pregnancy: management and treatment

Artigo Original

Palavras-chave

Complicações na gravidez
Paralisia facial
Paralisia de Bell
Período pós-parto
Corticosteroides

Keywords

Pregnancy complications
Facial paralysis
Bell palsy
Postpartum period
Adrenal cortex hormones
Puerperium

Resumo

OBJETIVO: Comparar o grau da paralisia facial periférica de gestantes e puérperas no momento da admissão e na alta e avaliar outros fatores associados. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo, transversal, com análise dos prontuários de gestantes e puérperas atendidas no ambulatório de paralisia facial, em um período de 12 meses, com aplicação de protocolo padronizado de avaliação das pacientes e da escala de House-Brackmann na primeira consulta e na data da alta. **RESULTADOS:** Foram identificadas 6 pacientes, com média de idade de 22,6 anos. Cinco casos foram classificados com estadiamento IV e um com II na escala de House-Brackmann, sendo que duas eram puérperas e quatro gestantes. Todas evoluíram com melhora na escala de House-Brackmann. **CONCLUSÃO:** A paralisia de Bell tem bom prognóstico mesmo em gestantes e puérperas, sendo importante realizar tratamento adequado para diminuir as sequelas neste grupo apontado como mais susceptível à paralisia facial periférica.

Abstract

PURPOSE: To compare the degree of peripheral facial palsy of pregnant women and puerperae at admission and at discharge and to evaluate related factors. **METHODS:** Retrospective, cross-sectional study, with analysis of medical records of pregnant and postpartum women with facial palsy, over a period of 12 months, with application of a standardized protocol for patient evaluation and of the House-Brackmann scale on the occasion of the first visit and at discharge. **RESULTS:** Six patients were identified, mean age of 22.6 years. Five cases were classified as stage IV and one as stage II on the House-Brackmann scale, being two of them puerperae and four pregnant. All showed improvement on the House-Brackmann scale. **CONCLUSION:** The Bell's palsy has a good prognosis even in pregnant and postpartum women, being important to perform the correct treatment to reduce the sequelae in this group identified as more susceptible to peripheral facial palsy.

Correspondência

Maria Augusta Aliperti Ferreira
Rua Tessália Vieira de Carvalho, 126
CEP: 13083-887
Campinas (SP), Brasil

Recebido

19/04/2013

Aceito com modificações

04/08/2013

Trabalho realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

¹Serviço de Otorrinolaringologista, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

²Serviço de Base de Crânio, Disciplina de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP – Campinas (SP), Brasil.

Conflito de interesses: não há.

Introdução

A paralisia facial periférica idiopática (PFI) é uma disfunção do nervo facial que acomete indivíduos de todas as idades, podendo causar alterações emocionais, sociais e profissionais. A paralisia aguda do nervo facial é uma entidade clínica comum com a qual todo otorrinolaringologista deve estar familiarizado¹.

A paralisia de Bell (PB) é a causa mais comum de PFI aguda unilateral, com incidência estimada de 24 a 40 acometidos a cada 100.000 pessoas²⁻⁴. Há relato de incidência de 20,2/100.000,0 pessoas por ano na população em geral, sendo menor a encontrada em menores de 14 anos e maior o número de casos novos verificados na população geriátrica, com 75 anos ou mais⁵.

Trata-se de uma paralisia periférica aguda do nervo facial de causa não definida, sendo o diagnóstico de exclusão^{3,6}. Acredita-se em alguns possíveis agentes causais, como infecção viral, doença vascular, hipertensão e diabetes, mas a reativação do herpes simplex tipo 1 parece ser a principal causa⁴. Em 57 a 70% dos acometidos é registrada recuperação completa da paralisia sem tratamento medicamentoso^{2,7}, e 30% dos pacientes persistem com algum grau de paralisia e/ou seqüela⁷.

Sir Charles Bell foi o primeiro a utilizar o termo paralisia facial idiopática e a descrever sua associação com a gestação, em 1830^{2,8}. A taxa de prevalência de PB na gestação é estimada em 45,1 casos para cada 100.000,0 mulheres, que é consideravelmente maior que da população feminina em idade fértil não gestante⁹. Em revisão sistemática, observou-se que a maioria dos casos de PB foi constatada no terceiro trimestre de gestação ou no puerpério imediato^{10,11}.

A taxa de hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia é maior nas gestantes com PB comparando à população obstétrica em geral^{12,13}. O prognóstico de recuperação considerado satisfatório é significativamente pior em mulheres que desenvolvem PFI de Bell durante a gravidez quando levada em conta a população em geral¹³, o que torna fundamental o conhecimento de ginecologistas e obstetras sobre a PFI, sua evolução e suas complicações incomuns¹³.

A PFI idiopática é a complicação dos pares cranianos mais frequente da gravidez. Apesar da PFI ser uma complicação neurológica frequente na gestação, esta afecção ainda permanece incomum no período puerperal tardio^{14,15}. Não há evidência conclusiva de que a etiologia da PB em gestantes seja diferente da de mulheres não gestantes. A alteração de susceptibilidade à reativação do herpes simples durante a gestação é a

explicação mais aceita para a maior concentração de casos no terceiro trimestre¹⁶.

A avaliação clínica do grau de paralisia facial é um dado subjetivo e que difere de examinador para examinador. Diversos sistemas têm sido propostos para a padronização de uma escala universal, sendo o Sistema de House-Brackmann o mais amplamente aceito e adotado pela Academia Americana de Otorrinolaringologia. Tendo em vista o possível risco que a gestação e o puerpério representam para a ocorrência de PFI, e seu prognóstico menos favorável, este estudo tem o objetivo de comparar o grau da paralisia facial de gestantes e puérperas atendidas em serviço médico especializado no momento da admissão com o momento da alta, e avaliar outros fatores associados, além de realizar uma revisão da literatura.

Métodos

O presente estudo é retrospectivo, transversal e realizado com informações obtidas por meio da análise dos prontuários de gestantes e puérperas atendidas no ambulatório de paralisia facial da disciplina de Otorrinolaringologia, Cabeça e Pescoço do Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas até agosto de 2012. Foi utilizado um protocolo padronizado de avaliação das pacientes e feita a comparação do grau de paralisia facial de acordo com a escala de House-Brackmann^{17,18} (Quadro 1) na primeira consulta e na data da alta.

Foram incluídos apenas prontuários de pacientes gestantes ou puérperas (até oito semanas após o parto) com PB, atendidas nos últimos 12 meses, que apresentavam todas as informações requisitadas pelo protocolo de coleta de dados, sendo os casos incompletos excluídos.

No protocolo de coleta de dados de nosso serviço constam os seguintes itens: idade da paciente; idade gestacional ou tempo de puerpério; lado da PFI com graduação baseada na escala de House-Brackmann; avaliação audiológica com audiometria e pesquisa de reflexo estapediano; otoscopia; presença ou ausência de sintomas associados (hiperacusia, otalgia, parestesia,

Quadro 1. Escala de House-Brackman^{17,18}

Grau	Função	Descrição
I	Normal	Função normal em todas as áreas
II	Disfunção leve	Leve fraqueza na inspeção cuidadosa
III	Disfunção moderada	Óbvio, mas não desfigurante
IV	Disfunção moderada-grave	Fraqueza óbvia e/ou assimetria desfigurante
V	Disfunção grave	Movimento pouco perceptível
VI	Paralisia total	Sem movimento

alteração do paladar, sincinesias); comorbidades; tipo do parto; avaliação; e documentação fotográfica com fonoaudióloga.

Para o tratamento das pacientes utilizamos como protocolo o corticoide sistêmico na dose de 1 mg/kg por 7 dias, com esquema de retirada até completar 15 dias. Houve cuidados oculares com oclusão noturna do olho afetado com pomada oftalmológica durante a noite e uso de lágrima artificial durante o dia. Consideramos alta para as pacientes com melhora na escala de House-Brackmann (menor que III), sem repercussões funcionais.

Considerando a revisão narrativa da literatura, foram usados os seguintes descritores: “paralisia facial periférica e gestantes”, “paralisia facial periférica e puerperas”, “paralisia facial periférica e tratamento” e “paralisia facial periférica e complicações”. Foram incluídos artigos do PubMed/MedLine e Google Scholar de língua inglesa e portuguesa dos últimos 15 anos e respeitados os preceitos do comitê de ética da instituição local.

Resultados

Identificaram-se seis pacientes com média de idade de 22,6 anos. Em cinco casos, elas tiveram estadiamento na escala de HB IV, e em um, HB II, sendo o lado direito acometido em quatro casos. Duas pacientes eram puerperas e o restante, gestante. O tempo de seguimento das pacientes entre a data da primeira consulta até a melhora da paralisia ($HB \leq III$) variou de 7 a 30 dias, e todas as pacientes tiveram melhora na escala de House-Brackmann. Elas receberam tratamento com corticoide sistêmico. Nas gestantes, a PFP apareceu entre a 24ª e a 36ª semana de gestação, e nas puerperas variou do 3º ao 28º dia de puerpério. Em relação às comorbidades, duas pacientes apresentavam hipertensão arterial sistêmica gestacional; uma diabetes gestacional, hipotireoidismo e hiperprolactinemia; uma diabetes mellitus insulino-dependente; e duas negaram comorbidades (Tabela 1).

Discussão

Vários mecanismos potenciais foram propostos para explicar a patogênese da PB em gestantes. Alterações durante a gravidez têm sido postuladas para contribuir ou causar o aparecimento da PFP aguda, incluindo um estado de hipercoagulabilidade, hipertensão ou eclâmpsia, aumento da água corporal total, mudanças nos níveis de progesterona e estrogênio, crescimento do nível de cortisol, imunossupressão e aumento da susceptibilidade às infecções virais, particularmente do Herpes Vírus Simples (HVS)^{9,10,13,14}.

A maioria dos casos de PFP durante a gestação (aproximadamente 71%) ocorre no terceiro trimestre gestacional e no puerpério imediato, caracterizado pelos 10 primeiros dias após o parto (aproximadamente 21%), com a maioria deles na proximidade do parto¹⁵.

Diversas hipóteses foram aventadas como mecanismos etiológicos desta complicação no período puerperal, incluindo trauma cirúrgico, acidentes vasculares, causas infecciosas, características hereditárias e mecanismos autoimunes¹⁵. Foi observada associação entre a PFP e as doenças hipertensivas específicas da gestação, com prevalência da paralisia em aproximadamente 29% das pacientes com pré-eclâmpsia, comparando com 5% das gestantes sem este distúrbio^{14,15,19}.

Acredita-se que a hipertensão arterial observada nestas pacientes leva ao aumento dos fluidos extravasculares, resultando em edema perineural e compressão do nervo facial no canal de falópio. A ocorrência da pré-eclâmpsia como fator de risco para a PFP foi observada não somente durante a gestação, mas também em pacientes com pré-eclâmpsia leve que apresentaram a sintomatologia no puerpério imediato^{15,20}.

Entretanto, a explicação mais provável é a reativação da infecção latente do HVS dentro do gânglio geniculado^{21,22}. Para reforçar esta evidência, em 1996, Murakami et al.²² identificaram o DNA do HVS em 79% das mulheres grávidas com PFP²¹. Além disso, a PB é mais comum no terceiro trimestre da gestação ou no puerpério imediato (até dez dias de pós-parto),

Tabela 1. Características epidemiológicas e clínicas de seis pacientes com paralisia facial periférica

	Idade (anos)	Lado	Início da PFP	Sintomas associados	Grau inicial	Grau na alta
Caso 1	20	D	3º dia puerperal	Nenhum	IV	II
Caso 2	21	E	28º dia puerperal	Parestesia	II	I
Caso 3	21	D	25ª semana	Dor, alteração gustativa, desequilíbrio	IV	I
Caso 4	20	D	36ª semana	Alteração no paladar	IV	II
Caso 5	26	E	29ª semana	Hiperacusia	IV	I
Caso 6	25	D	24ª semana	Nenhum	IV	III

PFP: paralisia facial periférica; D: direito; E: esquerdo.

quando é observada reativação maior também do HVS, na sua apresentação de vesículas orais^{21,23}.

Uma pesquisa com mulheres no início da gravidez (10 a 15 semanas de gestação) mostrou que a frequência da reativação do HSV oral foi reduzida nas que tinham história de herpes oral²⁴. Assim, nas primeiras semanas de gestação ocorre uma supressão na reativação do HSV, explicando potencialmente a relativa escassez de casos de paralisia de Bell no primeiro e segundo trimestres. Também existe a teoria de que a reativação do HSV oral no período pós-parto imediato pode ser aumentada pela utilização de morfina epidural ou intratecal, permitindo a especulação de que alguns casos de Bell pós-parto possam ser consequência da anestesia de parto²⁵.

Embora a PB seja a etiologia mais frequente de PFP em grávidas, é essencial excluir outras causas, como herpes zoster, neoplasia, otite média aguda, colesteatoma, malformação artério-venosa, trauma, miastenia gravis e caxumba⁹. A varicela zoster vírus foi também implicada na patogênese da PFP, mesmo sem erupções da pele ("zoster sineherpete")^{26,27}.

A maioria das gestantes com PB apresenta fraqueza facial unilateral aguda (24 a 48 horas), que pode progredir para paralisia facial completa ou quase completa dentro de uma semana. Frequentemente existem sintomas associados, incluindo dor, febre, olho seco, alterações do paladar e salivação e hiperacusia¹¹.

O tratamento típico da PB inclui corticosteroides orais, antivirais, cuidados tópicos com os olhos e descompressão cirúrgica do nervo^{5,6}. Entretanto, algumas vezes este tratamento não é prescrito em casos de mulheres grávidas devido aos potenciais riscos para a mãe e o feto. Os riscos maternos incluem: exacerbação de úlceras pépticas, psicose, retenção de fluidos e exacerbação do diabetes e da osteoporose. Já entre os riscos fetais estão a supressão da adrenal, o baixo peso ao nascer e malformações como fissura palatina, quando o tratamento acontece no primeiro trimestre²⁸.

Sendo assim, o tratamento da PFP em gestantes com prednisona permanece controverso também devido à possibilidade da piora da imunossupressão fisiológica da gestação, podendo agravar o curso natural da doença²⁸. Apesar do benefício do uso deste medicamento na gravidez não ter sido totalmente comprovado, é comum durante a gestação devido ao baixo risco apresentado à mãe e ao feto⁶. Os medicamentos antivirais representam outro tratamento adjuvante para a paralisia de Bell. Análogos de nucleosídeos, incluindo o aciclovir, valaciclovir e famciclovir, são classificados na categoria B na gravidez e representam pouco risco à mãe ou ao feto²⁹. Estes agentes são

geralmente empregados para a prevenção de surtos de HSV no final da gravidez³⁰.

Dois trabalhos duplo-cegos randomizados controlados demonstraram melhores resultados em pacientes com PB tratados com esteroides e medicamentos antivirais em comparação com esteroides por si só^{3,31}. O benefício potencial provavelmente supera o risco de usar estes medicamentos, embora, para se ter eficácia máxima nos antivirais, eles devam ser iniciados nos três dias do quadro de paralisia facial⁵.

Entretanto, observou-se que a recuperação da PFP em pacientes gestantes se mostrou mais rápida do que em não gestantes, independente do tratamento farmacológico. A presença de esteroides endógenos durante a gestação, assim como a faixa etária das gestantes acometidas pela paralisia, é fator que pode explicar este fenômeno³².

Os cuidados oculares em pacientes com PFP representam a parte menos controversa do tratamento, devendo ser os mesmos em pacientes gestantes e não gestantes. Os olhos precisam ser lubrificados durante o dia com colírios tipo lágrima artificial para a proteção da córnea contra abrasões⁶ e, durante a noite, é recomendado o uso de pomadas e tampões oclusivos, além da colocação de umidificadores nos quartos^{3,6}. As complicações oculares do tratamento inadequado incluem desde o lacrimejamento excessivo até a úlcera de córnea com perda da visão.

O prognóstico para pacientes grávidas com PFP unilateral incompleta é excelente, com recuperação quase total ou sequelas mínimas na maioria dos casos³³. O prognóstico é reservado para aquelas que progredirem com a paralisia completa, com déficits persistentes em até 50% dos casos. Porém, a possibilidade de uma forma mais grave de PFP em grávidas é suportada pelos achados de Peitersen², que afirma que as grávidas não se recuperam bem quando o tratamento não é administrado. Hilsinger et al. reforçam este dado, demonstrando ausência de diferença na recuperação de mulheres grávidas e não grávidas, quando todas foram submetidas ao tratamento com esteroides^{2,9,11}. Sendo assim, as evidências que sugerem que o prognóstico é pior em pacientes grávidas, podem refletir um viés histórico do tratamento inadequado delas¹⁴.

A PFP é uma situação que merece atenção especializada, principalmente em grupos específicos, como nos casos relacionados à gestação e ao puerpério.

Houve melhora do grau da paralisia periférica em todas as pacientes. Deve-se atentar para instituir um tratamento adequado, melhorando o prognóstico e a qualidade de vida delas.

Referências

- Baricich A, Cabrio C, Paggio R, Cisari C, Aluffi P. Peripheral facial nerve palsy: how effective is rehabilitation? *Otol Neurotol*. 2012;33(7):1118-26.
- Peitersen E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol Suppl*. 2002;(549):4-30.
- de Almeida JR, Al Khabori M, Guyatt GH, Witterick IJ, Lin VY, Nedzelski JM, et al. Combined corticosteroid and antiviral treatment for Bell palsy: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;302(9):985-93.
- Monini S, Lazzarino AI, Iacolucci C, Buffoni A, Barbara M. Epidemiology of Bell's palsy in an Italian Health District: incidence and case-control study. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2010;30(4):198.
- Rowlands S, Hooper R, Hughes R, Burney P. The epidemiology and treatment of Bell's palsy in the UK. *Eur J Neurol*. 2002;9(1):63-7.
- Axelsson S, Berg T, Jonsson L, Engström M, Kanerva M, Pitkäranta A, et al. Prednisolone in Bell's palsy related to treatment start and age. *Otol Neurotol*. 2011;32(1):141-6.
- Hydén D, Sandstedt P, Odqvist LM. Prognosis in Bell's palsy based on symptoms, signs and laboratory data. *Acta Otolaryngol*. 1982;93(5-6):407-14.
- Klein A. Peripheral nerve disease in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 2013;56(2):382-8.
- Hilsinger RL Jr, Adour KK, Doty HE. Idiopathic facial paralysis, pregnancy, and the menstrual cycle. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1975;84(4 Pt 1):433-42.
- Shapiro JL, Yudin MH, Ray JG. Bell's palsy and tinnitus during pregnancy: predictors of pre-eclampsia? Three cases and a detailed review of the literature. *Acta Otolaryngol*. 1999;119(6):647-51.
- Gillman GS, Schaitkin BM, May M, Klein SR. Bell's palsy in pregnancy: a study of recovery outcomes. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002;126(1):26-30.
- Sibai BM, Caritis SN, Thom E, Klebanoff M, McNellis D, Rocco L, et al. Prevention of preeclampsia with low-dose aspirin in healthy, nulliparous pregnant women. The National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. *N Engl J Med*. 1993;329(17):1213-8.
- Ragupathy K, Emovon E. Bell's palsy in pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2013;287(1):177-8.
- Ushio M, Kondo K, Takeuchi N, Tojima H, Yamaguchi T, Kaga K. Prediction of the prognosis of Bell's palsy using multivariate analyses. *Otol Neurotol*. 2008;29(1):69-72.
- Shmorgun D, Chan WS, Ray JG. Association between Bell's palsy in pregnancy and pre-eclampsia. *QJM*. 2002;95(6):359-62.
- Mylonas I, Kästner R, Sattler C, Kainer F, Friese K. Idiopathic facial paralysis (Bell's palsy) in the immediate puerperium in a patient with mild preeclampsia: a case report. *Arch Gynecol Obstet*. 2005;272(3):241-3.
- Fawale MB, Owolabi MO, Ogunbode O. Bell's palsy in pregnancy and the puerperium: a report of five cases. *Afr J Med Med Sci*. 2010;39(2):147-51.
- House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1985;93(2):146-7.
- Vrabec JT, Backous DD, Djalilian HR, Gidley PW, Leonetti JP, Marzo SJ, et al. Facial nerve grading system 2.0. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;140(4):445-50.
- Fujiwara T, Hato N, Gyo K, Yanagihara N. Prognostic factors of Bell's palsy: prospective patient collected observational study. *Journal Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2013 Sep 1. [Epub ahead of print]
- Mathieu N, Ledigabel JF. Pre-eclampsia and facial paralysis. *Gynecol Obstet Fertil*. 2011;39(2):e31-3.
- Murakami S, Mizobuchi M, Nakashiro Y, Doi T, Hato N, Yanagihara N. Bell palsy and herpes simplex virus: identification of viral DNA in endoneurial fluid and muscle. *Ann Intern Med*. 1996;124(1 Pt 1):27-30.
- Davies PW, Vallejo MC, Shannon KT, Amortegui AJ, Ramanathan S. Oral herpes simplex reactivation after intrathecal morphine: a prospective randomized trial in an obstetric population. *Anesth Analg*. 2005;100(5):1472-6.
- Massey EW, Stolp KA. Peripheral neuropathy in pregnancy. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2008;19(1):149-62.
- Scott D, Moore S, Ide M, Coward P, Baylis R, Borkowska E. Recrudescence herpes labialis during and prior to early pregnancy. *Int J Gynaecol Obstet*. 2003;80(3):263-9.
- Dorsey DL, Camann WR. Obstetric anesthesia in patients with idiopathic facial paralysis (Bell's palsy): a 10-year survey. *Anesth Analg*. 1993;77(1):81-3.
- Cohen Y, Lavie O, Granovsky-Grisaru S, Aboulafia Y, Diamant YZ. Bell palsy complicating pregnancy: a review. *Obstet Gynecol Surv*. 2000;55(3):184-8.
- Adour KK. Otolological complications of herpes zoster. *Ann Neurol*. 1994;35 Suppl:S62-4.
- Park-Wyllie L, Mazzotta P, Pastuszak A, Moretti ME, Beique L, Hunnisett L, et al. Birth defects after maternal exposure to corticosteroids: prospective cohort study and meta-analysis of epidemiological studies. *Teratology*. 2000;62(6):385-92.
- Hato N, Yamada H, Kohno H, Matsumoto S, Honda N, Gyo K, et al. Valacyclovir and prednisolone treatment for Bell's palsy: a multicenter, randomized, placebo-controlled study. *Otol Neurotol*. 2007;28(3):408-13.
- Hollier LM, Wendel GD. Third trimester antiviral prophylaxis for preventing maternal genital herpes simplex virus (HSV) recurrences and neonatal infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD004946.
- Adour KK, Ruboyanes JM, Von Doersten PG, Byl FM, Trent CS, Quesenberry CP Jr, et al. Bell's palsy treatment with acyclovir and prednisone compared with prednisone alone: a double-blind, randomized, controlled trial. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1996;105(5):371-8.
- Vrabec JT, Isaacson B, Van Hook JW. Bell's palsy and pregnancy. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;137(6):858-61.