

## PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA EM PETRÓPOLIS

MARCO AURÉLIO MARZULLO DE ALMEIDA \*

---

**RESUMO** — O autor apresenta 83 casos de paralisia facial periférica «a frigore» ocorridos em Petrópolis, cidade montanhosa de clima tropical, sem estação seca, com média de temperatura 10 °C a 23 °C. Faz relação delas com viroses que ocorrem durante o ano. Cinquenta e seis pacientes são de sua clínica e têm «follow up», enquanto 25 outros são pacientes de outra clínica, para os quais são relatados apenas o início de instalação da paralisia, o sexo, o lado e a idade. Mostra que a maior incidência ocorreu nos meses de maio, agosto, setembro e outubro. Faz também considerações sobre a etiologia, incidência, prevalência, conduta terapêutica e resultados na paralisia facial periférica.

**PALAVRAS CHAVE:** Nervo facial, paralisia idiopática «a frigore», paralisia de Bell.

**Peripheral facial palsy in the city of Petropolis.**

**SUMMARY** — The author presents 83 cases of «a frigore» peripheral facial palsy, occurred in the mountain city of Petropolis which has characteristics such as a tropical climate without any traces of a dry season and an average temperature of 50° F to 73.5° F. The author relates them with virus infections which appear within a year period. Fifty six patients belong to his clinic and have a follow up, while other 25 patients proceed from another clinics and from them he only has reports on sex, age, side of palsy and the beginning of illness. He shows that the largest number of cases occurred along the months of May, August, September and October. Season distribution for southern hemisphere is analysed. He also considers etiology, incidence, prevalence, treatment and results on patients studied.

**KEY WORDS:** Facial nerve, idiopathic «a frigore» palsy, Bell's palsy.

---

A paralisia facial periférica que se instala abruptamente ou em horas, sem causa infecciosa, traumática ou tumoral, recebe múltiplas designações como paralisia facial periférica idiopática (PFPI), «a frigore», reumática, isquêmica, virótica ou paralisia de Bell, entre outras. Corresponde a 75% das causas de paralisia facial periférica e é afecção com que se deparam otorrinolaringologistas e neurologistas, havendo entre ambos divergências quanto ao tratamento. Capildeo catalogou em três grupos as teorias da origem da paralisia facial periférica «a frigore»: teoria vaso-isquêmica, teoria viral e teoria auto-imune<sup>10</sup>. Yanai e Unno<sup>16</sup> observaram, em 137 pacientes com PFPI, maior incidência nos climas em que houve ampla variação brusca de temperatura, em dias nublados e de pouco sol, não levando em conta a temperatura, a umidade e a pressão atmosférica. Tovi e col.<sup>14</sup> apresentaram 427 casos de PFPI ocorridos em 5 anos no sul de Israel; demonstraram média anual de 336 por 10000 habitantes. É média alta para local de clima quente e árido, que aumenta com a idade. Bademosi e col.<sup>3</sup> registraram taxa de 2,67 por 10000 habitantes na Nigéria. Nos Estados Unidos, a taxa é de 18 pacientes por 100000 habitantes<sup>2</sup>. Sabe-se que 43 pacientes com PFPI foram examinados no sul da Suécia para avaliar a incidência de «tick Borrelia spirochete» e 14% dos pacientes tinham a infecção<sup>4</sup>.

No Brasil, país de clima tropical, algumas viroses ocorrem durante o ano todo. Entretanto, outras ocorrem dependendo da estação do ano, em surtos anuais<sup>15</sup>. Como

---

Departamento de Neurologia e Neurocirurgia do Hospital Santa Teresa e Beneficência Portuguesa de Petrópolis: \* Neurocirurgião, Membro Titular da Sociedade Brasileira de Neurocirurgia, Membro Titular da Academia Brasileira de Neurocirurgia.

Dr. Marco Aurélio Marzullo de Almeida — Rua Raul de Leoni 66/210 - 25600 Petrópolis RJ - Brasil.

uma das etiologias da PFPI possivelmente seja virótica, tentamos analisar neste estudo sua incidência na cidade de Petrópolis, onde observamos maior número de casos no final do inverno e início da primavera (48,19%).

#### CASUÍSTICA E MÉTODOS

Nosso material consta de 83 pacientes com PFPI. Não foram considerados na casuística as paralisias de outras etiologias. Cinquenta e oito pacientes são da clínica privada do autor e de seu movimento ambulatorial hospitalar, num período de 8 anos; os outros 25 pacientes pertencem ao ambulatório do Hospital Santa Teresa de Petrópolis, não tendo portanto «follow up», sendo citados, apenas como referência, o mês de instalação da paralisia, o lado, o sexo e a idade do paciente.

Todos os pacientes foram submetidos a exames complementares de rotina: clínico, laboratorial e raio X de crânio. Alguns pacientes foram submetidos a tomografia computadorizada de crânio (TC), eletromiografia e exame otorrinolaringológico, quando havia suspeita de outra etiologia ou demora na recuperação.

#### RESULTADOS

A idade dos pacientes oscilou de 8 a 78 anos, com média de 35,51 anos. Quanto ao sexo, 42 eram do sexo feminino e 41, do masculino. Em relação ao lado acometido, 40 eram do lado direito e 43, no esquerdo. Na relação do autor, de 58 casos, em 24 casos a PFPI era acompanhada de outros sintomas, tais como: dor na mandíbula, dor na face, inespecífica, e alterações gustativas. Os restantes não tinham sintomas associados. Quanto a recuperação, 50 pacientes tiveram recuperação total, 6 tiveram recuperação regular apresentando pequenas contrações na região orbicular da boca ou dos olhos e 1 paciente apresentou mau resultado, ficando com a síndrome da lágrima do crocodilo e resíduos de paralisia. Recidiva ocorreu em um caso. Quatro de nossos pacientes pertencem a uma mesma família, tendo a PFPI se instalado em épocas diferentes.

Exames de rotina (clínico, laboratorial e raio X de crânio) foram realizados em todos os pacientes e encontravam-se dentro dos padrões de normalidade. Treze pacientes foram submetidos a exame otorrinolaringológico, que foi normal. Seis pacientes submeteram-se a eletromiografia, sendo encontrados sinais de fibrilação em dois. Quatro pacientes fizeram TC, que se apresentavam normais.

Observamos em nosso estudo que: 14,4% das PFPI ocorreram no verão; 24,09% no outono; 31,3% no inverno; e 30,12% na primavera. Os picos maiores ocorreram nos meses de maio (outono), com 14 casos, e no mês de outubro (início da primavera), com 17 casos (Fig. 1). Notamos que os meses de agosto, setembro e outubro, coincidentes ao final do inverno e início da primavera, apresentaram juntos 48,19% do total de nossos casos de PFPI (Fig. 2).

Nossos pacientes foram tratados com corticóides (dexametasona), papaverina e, em alguns casos, gangliosídeos (glicolípídeos que contêm esfingosina, ácidos graxos, N-acetil neuramínico e N-acetil glicosamina); os tratados com gangliosídeos apresentaram recuperação mais rápida. Realizaram também fisioterapia, 10 ou 12 dias após a instalação da paralisia; a fisioterapia foi feita pelo próprio paciente. A maioria (85%) apresentou recuperação total em torno de 45 dias.

#### COMENTÁRIOS

«É necessário saber esperar» — Rimbaud, pois em sua maioria as PFPI se curam espontaneamente. Entretanto, o uso de medicação vasodilatadora, anti-inflamatória e fisioterapia moderada e racional abreviam o tempo de cura. Vários autores<sup>1,6</sup>, bem como nós, registram recuperação total; em nossas casuística ocorreu em 85% dos pacientes. Exceção é feita aos casos de Costa e col.<sup>6</sup>, que tiveram apenas 60% de cura completa em paralisias periféricas de várias etiologias, sem especificar a idiopática. Algumas sequelas são inevitáveis e entre elas, podemos citar: sincinesias, hemiespasmos ou contrações, síndrome da lágrima de crocodilo, síndrome aurículo-temporal e hipertonia da face, entre outras.

Stahl e Ferit<sup>12</sup> acreditam que 7% dos casos apresentam recidiva do mesmo lado e, contralateral em 0,3 a 2%. Azevedo e col.<sup>2</sup> citam que a predisposição genética é considerada em 10%. Stefanini R. (relato pessoal) tem um caso em que houve 4 recidivas em uma paciente num período de 30 anos e, na última vez, foi contralateral. Casula e col.<sup>5</sup> relatam o caso de um paciente de 36 anos com 5 episódios

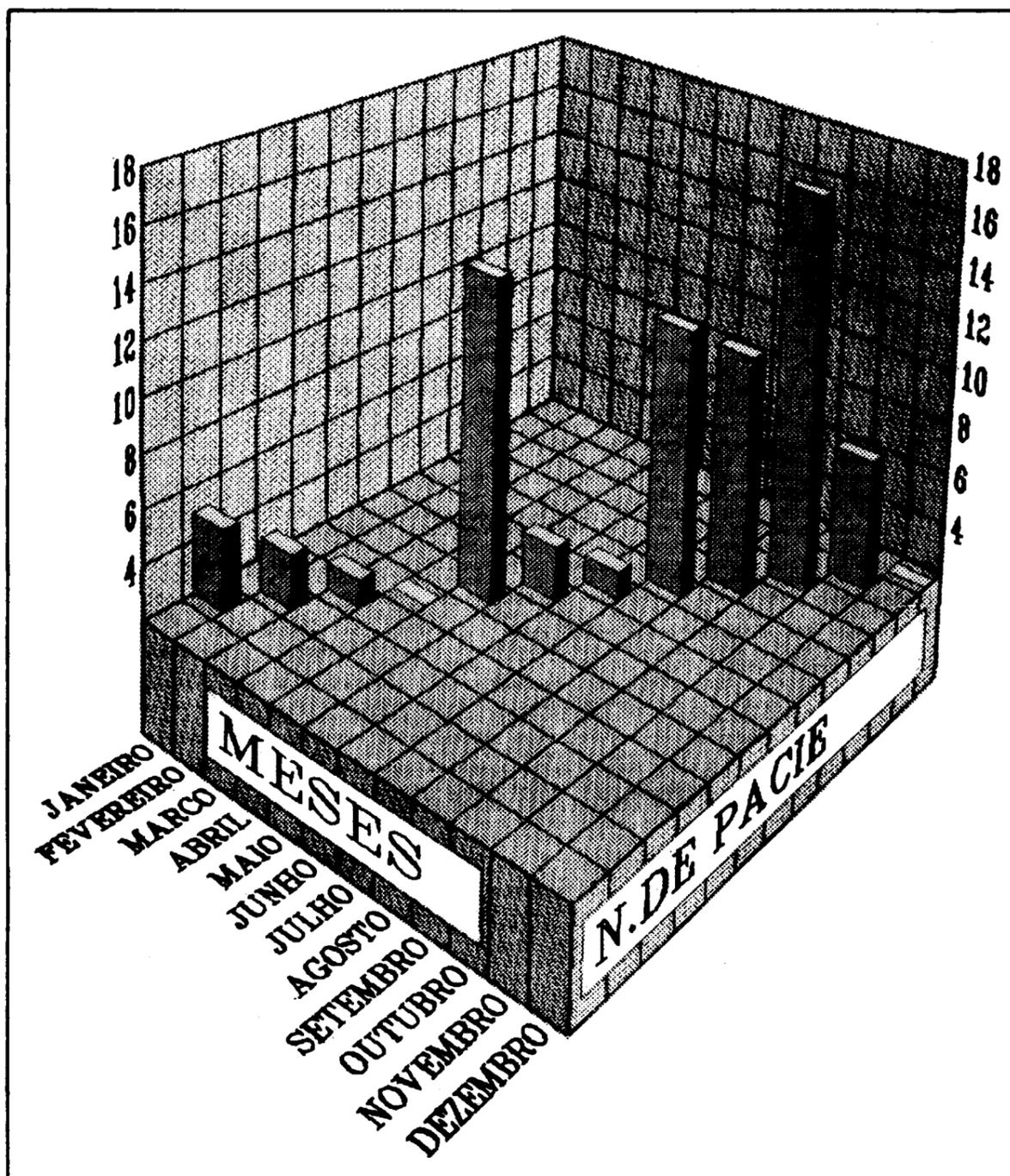
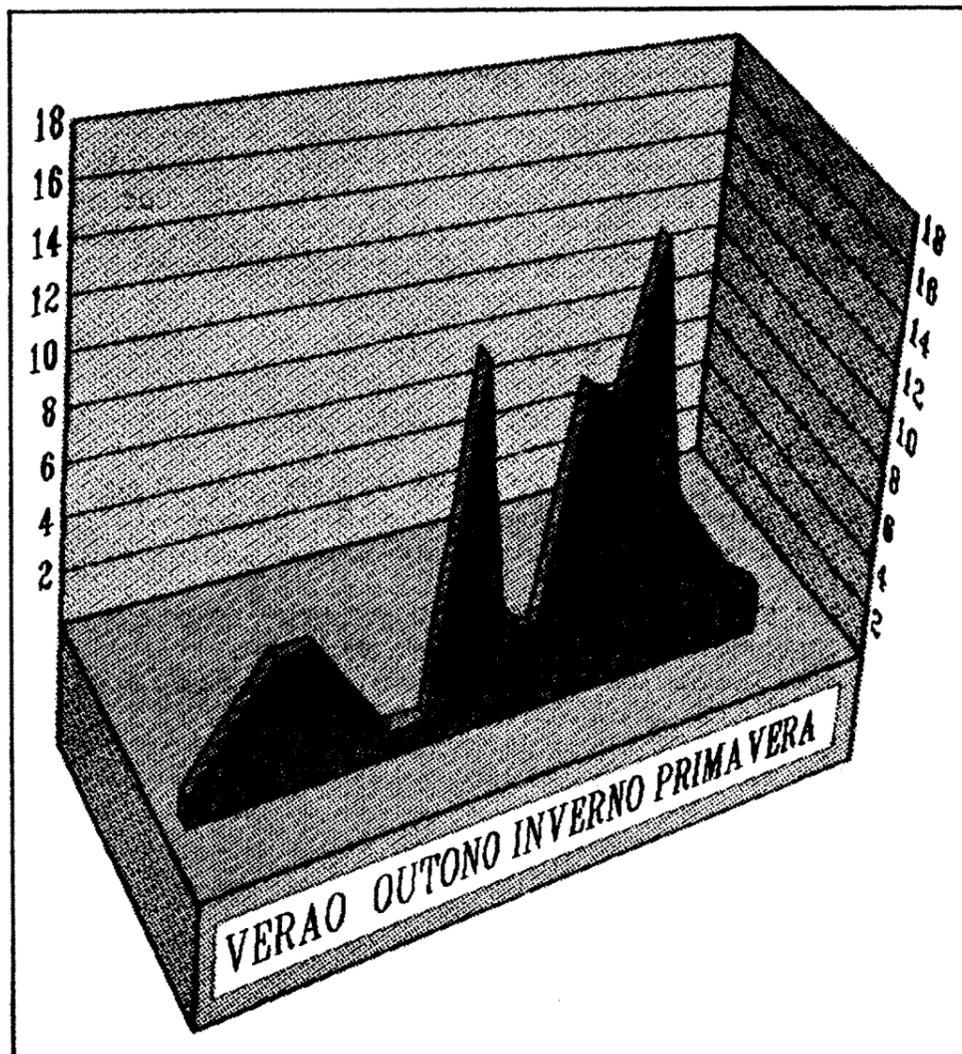


Fig. 1 — Observamos que os meses de maio, agosto, setembro e outubro, respectivamente com 14, 12, 11 e 17 casos, foram aqueles com maior incidência de PFPI.

recidivantes e alternantes em 24 anos. Acreditam ser devida a transtorno imuno-alérgico.

Remonta dos anos 40 o tratamento com salicilato de sódio, aspirina e vitamina B<sub>1</sub>, pois pensava-se ter a PFPI fundo reumático. Também estriçnina, eletroterapia, corrente farádica e corrente galvânica eram preconizadas, sendo suspensas ao primeiro sinal de contratura muscular. Costa e col.<sup>6</sup> estudaram dois grupos de pacientes, um com tratamento e outro sem tratamento, obtendo melhora nos pacientes tratados, com o que concordamos, já que nossos pacientes, em torno de 45 dias apresentaram melhora. A maioria dos demais autores também registra resultados semelhantes. Adour relaciona o efeito favorável dos corticóides na PFPI à sua atuação no edema e na inflamação, agindo também como imunossupressor<sup>10</sup>. Mattos e col.<sup>9</sup>, usando gangliosídeos, observaram melhor resultado em paralisias faciais periféricas do que em outras neuropatias. Nossos pacientes submeteram-se a fisioterapia, realizada por eles próprios, após 10 a 12 dias de instalação do quadro pois, em nossa opinião, o nervo facial encontra-se edemaciado e isquemiado no momento da instalação da paralisia e uma sobrecarga de estímulos levará a alteração da camada



*Fig. 2 — Em relação às estações climáticas anuais no outono tivemos índice de 24,09% de PFPI e, ao término do inverno e início da primavera, ocorreram 48,19% das PFPI na cidade de Petrópolis.*

de mielina, provocando reinervação em locais indesejáveis, levando a sincinesias e espasmos; o repouso o fará retornar às suas funções fisiológicas. Tang e Fang<sup>13</sup> mostram a eficiência da acupuntura, com bons efeitos terapêuticos e sem nenhuma agravação.

Alguns autores<sup>8</sup> aceitam que o frio é causa predisponente — que pode faltar algumas vezes — e que a causa real é um vírus neurotrópico, que se acha acantonado no nervo facial. Várias infecções virais têm sido descritas associadamente à PFPI, como herpes simples, sarampo, parotidite e mononucleose, embora somente para o vírus do herpes zoster e para o vírus da poliomielite tenha havido comprovação experimental como causa de paralisia facial<sup>8</sup>. Azevedo e col.<sup>2</sup> acreditam que 60% dos pacientes com paralisia de Bell possuem algum sinal ou sintoma que permite localizar um processo virótico nas vias superiores, como obstrução nasal, odinofagia, rinorréia, náuseas, vômitos e febre, entre outros. Um ou mais desses sintomas podem estar presentes de 7 a 21 dias antecedendo à instalação da paralisia facial.

Os autores que defendem a teoria vasculo-isquêmica acham que haveria hipersensibilidade vascular aos impulsos do sistema nervoso autônomo, o que determinaria vasoconstrição com conseqüente isquemia e edema epineural retrógrado devido a espasmo vascular provocado pelo frio<sup>6,10</sup>. Tovi e col.<sup>14</sup> relatam que em adultos não há período anual preferencial para a instalação, porém em jovens abaixo de 30 anos, as PFPI ocorrem em maior número no inverno. Em nossa casuística não observamos qualquer relação entre idade e mês de instalação.

Em Petrópolis, cidade montanhosa de clima tropical, sem estação seca, observamos maior incidência da PFPI nos meses de maio, agosto, setembro e outubro, com percentual maior que 48% no final do inverno e no início da primavera, portanto.

A incidência maior ocorreu na terceira década, não tendo sido observada predisposição em relação a sexo, cor ou lado, com poucas recidivas. Para Bademosi e col.<sup>3</sup> houve também maior incidência na terceira década.

A PFPI «a frigore» é patologia de caráter benigno, com que se deparam, frequentemente, neurologistas, neurocirurgiões e otorrinolaringologistas. O tratamento clínico, a nosso ver, é o mais indicado, embora respeitemos os otocirurgiões que, como Salaverry<sup>11</sup> e Azevedo<sup>2</sup>, após tratamento clínico por 30 dias, submetem o paciente a vários testes e indicam a cirurgia, caso haja alteração nesses exames.

#### REFERÊNCIAS

1. Abbo ST. Prognóstico en parálisis facial periférica idiopática o parálisis de Bell. Bol Rehabil Med 1988, 7:21-28.
2. Azevedo JPM, Salaverry MA, Kós AO, Portinho F, Paes VMC, Mendes M, Fonseca MA, Preuss E, Procópio ES, Damasceno D, Macieira J Netto, Tognon N, Rioja FRR. Parálisis facial intratemporal: avaliação e prognóstico. An Hosp Sider Nac (Volta Redonda) 1984, 8:29-35.
3. Bademosi O, Ogunlesi TO, Osuntokun BO. Clinical study of unilateral peripheral facial nerve paralysis in Nigerians. Afr J Med Sci 1987, 16:197-201.
4. Bjerkhoel A, Carlsson M, Ohlsson J. Peripheral facial palsy caused by the Borrelia spirochete. Acta Otolaryngol (Stockholm) 1989, 108:424-430.
5. Casula R, Galvan Beramendi P, Potes Sanchez E. Parálisis facial periférica recidivante y alternante: aportación de un caso con cinco episodios. Arq Neuro-Psiquiat (São Paulo) 1982, 40:382-384.
6. Costa ACT, Garcia JMM, Freitas MRG. Parálisis facial periférica. Arq Bras Med 1986, 60:405-408.
7. Kukimoto N, Ikeda M, Yamada K, Tanaka M, Tsurumachi M, Tomita H. Viral infections in acute peripheral facial paralysis. Acta Otolaryngol (Stockholm) 1988, 446:17-22.
8. Leiter M, Wexselblatt M. Tratado de Neurologia. Rio: Guanabara 1946, p 1213-1225.
9. Mattos JP, Sepulveda FC, Villaga LF. Emprego dos gangliosídeos do córtex cerebral nas neuropatias periféricas. Seara Méd Neurocir 1981, 10:207-217.
10. Melaragno R Filho, Naspitz CK. Neuroimunologia. São Paulo: Savier, 1982, p 155-163.
11. Salaverry M. Cirurgia otoneurológica do nervo facial. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1974.
12. Stahl N, Ferit T. Recurrent bilateral peripheral facial palsy. J Laryngol Otol 1989, 103:117-119.
13. Tang XL, Fang QP. Electro-acupuncture treatment of acute stage peripheral facial paralysis. J Tradit Chin Med 1989, 9:1-2.
14. Tovi F, Hadar T, Sidi J, Sarov I, Sarov B. Epidemiological aspects of idiopathic peripheral facial palsy. Eur J Epidemiol 1986, 2:228-232.
15. Veronese R. Doenças Infecciosas e Parasitárias. Ed 7. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982, p 1-208.
16. Yanai O, Unno T. Relationship between idiopathic peripheral facial paralysis and climate. Acta Otolaryngol (Stockholm) 1988, 106:27-29.