

## Relatos de casos

## Reabilitação de paralisia facial periférica unilateral em Guillain-Barré: estudo de caso

*Rehabilitation of unilateral peripheral facial paralysis in Guillain-Barré: a case study*Rita Alexandra Mendes Gonçalves<sup>1</sup><https://orcid.org/0000-0003-1273-8048>Gonçalo José Veríssimo Costa<sup>1</sup><https://orcid.org/0000-0003-4403-7238>Maria Alexandra Lourenço Afonso<sup>2</sup><https://orcid.org/0000-0002-5288-9169>Luís Miguel Malaia Amaro Leal Jerónimo<sup>1</sup><https://orcid.org/0000-0002-3039-4173>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar e Universitário do Algarve E.P.E., Centro de Medicina de Reabilitação do Sul, São Brás de Alportel, Portugal.

<sup>2</sup> Unidade Local de Saúde do Litoral Alentejano, E.P.E., Santiago do Cacém, Portugal.

Conflito de interesses: Inexistente



Recebido em: 09/06/2021  
Aceito em: 14/10/2021

**Endereço para correspondência:**  
Rita Alexandra Mendes Gonçalves  
Avenida da Liberdade, n.º 68, 2.º dto.  
8150-101 - São Brás de Alportel, Portugal  
E-mail: ragoncalves@chua.min-saude.pt

## RESUMO

As paralisias faciais podem ter uma multiplicidade de etiologias, contudo têm em comum o impacto negativo não só para as funções do sistema estomatognático, como também na autoimagem e expressão emocional. O presente artigo tem como objetivo a descrição de um estudo de caso relativo a uma paralisia facial periférica unilateral na sequência de Síndrome de Guillain-Barré.

Pretende-se deste modo a partilha de experiência em termos de avaliação e intervenção neste tipo de alterações e a apresentação do respetivo resultado funcional. Ressalta-se, também, o importante papel da equipa interdisciplinar (composta por médico fisiatra, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional e equipa de enfermagem) enquanto catalisador para a evolução e na gestão de eventuais intercorrências. Salienta-se, ainda, a importância da integração do paciente enquanto membro da equipa de reabilitação, empoderando-o e responsabilizando-o pelo sucesso da intervenção.

**Descritores:** Síndrome de Guillain Barré; Paralisia Facial; Articulação Temporomandibular, Reabilitação Neurológica

## ABSTRACT

Facial palsies have multiple etiologies, but have in common the negative impact not only on the functions of the stomatognathic system but also on the self-image and emotional expression. This article aimed to describe a case study of unilateral peripheral facial palsy caused by the Guillain-Barré Syndrome.

Hence, it shares assessment and intervention experiences related to this type of change and presents its functional results. It also highlights the important role of the interdisciplinary team (which comprised a physiatrist, physical therapist, speech-language-hearing therapist, occupational therapist, and nurses) to catalyze the patient's evolution and the management of possible complications. Moreover, it is rather important to integrate the patients as members of the rehabilitation team, empowering them and giving them responsibility for the success of the intervention.

**Keywords:** Guillain-Barré Syndrome; Facial Paralysis, Peripheral; Temporomandibular Joint; Neurological Rehabilitation

## INTRODUÇÃO

Pode definir-se paralisia facial como sendo uma alteração da mímica da face decorrente de uma lesão do nervo facial em qualquer ponto do seu trajeto (do núcleo protuberancial à junção neuromuscular)<sup>1,2</sup>. Na paralisia facial periférica (PFP) ocorre um envolvimento total ou parcial dos músculos de uma ou ambas as hemifaces (dependendo da etiologia), geralmente sendo os três terços da face igualmente afetados<sup>2</sup>.

A paralisia facial periférica pode ter numerosas etiologias, sendo que, no atual estudo de caso, o enfoque é dado à Síndrome de Guillain-Barré (SGB). A Síndrome de Guillain-Barré é uma alteração autoimune caracterizada pelo aparecimento agudo de polirradiculoneuropatias, fraqueza rapidamente progressiva em mais do que um membro e arreflexia<sup>3-5</sup>. A ocorrência de paralisia facial periférica é frequente, contudo as alterações da mímica da face raramente ocorrem de forma unilateral<sup>3,4,6</sup>, sendo que a sua prevalência após a recuperação total do quadro ronda os 6%<sup>5</sup>.

Por existir uma evidente influência das estruturas osteomusculares da face nas funções do sistema estomatognático, é espectável a ocorrência de perturbações da fala, mastigação e deglutição<sup>2,3,7,8</sup>. As compensações do movimento, não só na realização destas funções, mas também no exercício dirigido, podem agravar os desequilíbrios estruturais<sup>2</sup> e provocar quadros de dor facial, nomeadamente na articulação temporomandibular (ATM).

As paralisias faciais representam um impacto importante na qualidade de vida do indivíduo, com repercussões funcionais e psicossociais<sup>9,10</sup>. Salientam-se como principais dificuldades: ptose da sobrancelha, encerramento ocular incompleto (aumentando o risco de lesão ocular), incompetência labial (e consequente impacto na fala e deglutição), alterações estéticas e dificuldades na expressão emocional, podendo levar ao isolamento social<sup>9-11</sup>.

Com base nas informações supracitadas, o presente artigo tem como objetivo apresentar um estudo de caso relativo à reabilitação de um paciente com paralisia facial periférica unilateral na sequência de Síndrome de Guillain-Barré, pretendendo-se descrever a aplicação de uma proposta de intervenção fonoaudiológica e fisioterapêutica.

## APRESENTAÇÃO DO CASO

O presente estudo de caso foi aprovado pela comissão de Ética em Pesquisa do Centro Hospitalar

Universitário do Algarve, Portugal, apresentando o número de processo 029/2021. O indivíduo, cujo quadro clínico é descrito neste documento, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a divulgação dos seus dados para fins científicos.

Este estudo de caso refere-se ao paciente Sr. N.J. de 44 anos de idade, sexo masculino, deu entrada no Centro de Medicina de Reabilitação do Sul (CMR-Sul), Portugal, com o objetivo de realização de reabilitação de status funcional, caracterizado por paralisia facial periférica esquerda grave (grau V) segundo a classificação de House e Brackmann (1985)<sup>12</sup>, com oclusão parcial do olho esquerdo, disartria discreta, sem aparente contração dos músculos dependentes do ramo oftálmico (exceto orbicular do olho), maxilar e mandibular, em consequência de Síndrome de Guillain-Barré. A entrada neste centro de reabilitação deu-se aproximadamente dois meses após o aparecimento dos primeiros sintomas.

Na realização da anamnese, Sr. N.J. reportou impacto funcional relevante das alterações da mímica facial e, segundo o próprio, a recuperação desta representava o seu maior objetivo de intervenção.

A avaliação fonoaudiológica foi realizada com base no protocolo de Chevalier<sup>13</sup>, por este protocolo permitir a avaliação da função de cada músculo isoladamente, e desta forma quantificar a evolução funcional do paciente com maior rigor e monitorizar o aparecimento de contraturas e sincinesias<sup>14</sup>.

Na avaliação da postura da face, em repouso, verificou-se a presença de assimetria facial de toda a hemiface esquerda, com presença de hipofuncionalidade transversal em todos os grupos musculares enervados pelo VII par craniano e consequente apagamento dos sulcos do terço superior da face. Relativamente ao terço inferior denotava-se acentuado desvio da comissura labial e apagamento do sulco nasogeniano.

Durante a solicitação das praxias verificou-se ausência de contração dos músculos frontal e corrugador do supercílio. Verificava-se, contudo, contração do orbicular do olho, permitindo o encerramento ocular parcial.

Na avaliação da musculatura da face, por meio do protocolo de Chevalier<sup>13</sup>, a contração verificada era nula ou reduzida: occipitofrontal (0), corrugador do supercílio (0), proceros/ piramidal (0), orbicular da pálpebra (1), porção palpebral do orbicular do olho (1), elevador do lábio superior e da asa nasal (0), elevador

do lábio superior (0), zigomático menor (0), zigomático maior (0), bucinador (2), risório (0), depressor do lábio inferior (0), mentoniano (0), triangular dos lábios (0), orbicular dos lábios (0), platisma (2).

Na avaliação da mobilidade da língua verificou-se amplitude, velocidade, tônus e força adequados.

Funcionalmente, na inteligibilidade observava-se distorção da articulação verbal motivada pela hipofuncionalidade da hemiface esquerda. Similarmente ao observado por alguns autores<sup>7,15</sup>, as repercussões eram mais acentuadas nos fonemas bilabiais e labiodentais e, embora não causassem um impacto significativo na inteligibilidade, eram notórias e valorizadas pelo próprio.

Na avaliação funcional da deglutição observou-se dificuldade na captação do alimento e fraca contenção do líquido na cavidade oral, sobretudo na captação a partir do copo. A queda anterior de líquidos observada era compensada pela colocação do copo lateralmente, ao nível da hemiface preservada, ou recorrendo ao indicador para dar suporte ao lábio inferior esquerdo, compensações similares às encontradas por Mory et al.<sup>8</sup>. Durante a fase oral preparatória também se observava ocasional escape de alimento/líquido a partir da comissura labial esquerda e mastigação tendencialmente realizada à direita (mecanismo compensatório realizado pelo próprio como forma de limitar o escape anterior)<sup>7,8</sup>.

## Reabilitação Fonoaudiológica

O Sr. N.J. realizou intervenção em fonoaudiológica em regime de internamento. Foi realizada intervenção direta duas vezes por dia, cada sessão com uma duração de 60 minutos, durante sete semanas.

Os objetivos da intervenção fonoaudiológica para a simetria da face foram: a prevenção da atrofia muscular, a potenciação da reenervação da hemiface afetada<sup>14</sup> e a aquisição de uma expressão facial mais simétrica.

A intervenção foi realizada na posição sentada e em frente a um espelho para facilitar o controlo dos movimentos faciais<sup>2,16,17</sup>.

Durante a intervenção foi realizada termoterapia e massoterapia (massagem facial e intraoral) na hemiface direita, visando a diminuição da tensão e consequentes contraturas musculares e dor associada, bem como melhoria da simetria da face em repouso<sup>1,2,14,18</sup>.

A intervenção na hemiface esquerda incidiu na reeducação muscular e contemplou o recurso a diversas técnicas, que eram aplicadas sobre os

diferentes grupos musculares, solicitando-se depois o respetivo movimento<sup>2,10</sup>. A ordem pela qual a musculatura facial era estimulada era aleatória. Este princípio, somado ao recurso a estímulos táteis rápidos e ritmados no sentido da contração muscular, com a utilização de estímulos de vibração ativa, permitia a não habituação e dessensibilização face ao estímulo<sup>19</sup>.

Foi utilizada crioterapia na hemiface esquerda, aplicando-se gelo no músculo a ser estimulado, com movimentos de deslizamento rápidos no sentido da contração muscular (inserção-origem), com o intuito de fomentar a contração muscular<sup>1,17</sup>.

Foram realizados exercícios de treino e controlo da mímica facial, por meio da solicitação de movimentos de grupos musculares específicos, com o recurso a comandos funcionais e de fácil compreensão, promovendo desta forma uma maior consciência do movimento, evitando a utilização de musculatura adjacente e prevenindo, deste modo, o aparecimento de sincinesias e contraturas musculares<sup>2</sup>. Durante a solicitação do movimento era também utilizada a técnica do suporte passivo, o terapeuta recorreu a cerca de dois dedos para assistir o movimento, retirando progressivamente o suporte para que o paciente tentasse manter a contração de forma autónoma<sup>1,18</sup>. Os exercícios eram combinados com a utilização de facilitação neuromuscular proprioceptiva (PNF), pois esta fomenta a utilização de movimentos funcionais e combina o feedback auditivo com os princípios do reflexo do estiramento e da resistência enquanto indutores/potenciadores do movimento<sup>1,16</sup>.

Foi também realizada estimulação dos pontos motores da hemiface afetada (esquerda) por meio de digitopressão com movimento circular e das zonas motoras da face utilizando-se de movimentos de tração, deslizamento e vibração<sup>7,19</sup>.

No fim de cada sessão de intervenção eram aplicadas bandas neuromusculares na musculatura da hemiface afetada, com o intuito de estimular a contração muscular e a propriocepção, sendo estas também referidas na literatura como método coadjuvante para o tratamento da paralisia facial, podendo inclusivamente potenciar os ganhos<sup>20,21</sup>.

Foram fornecidas recomendações terapêuticas de exercícios para realização em contexto de enfermaria, de acordo com o patamar de evolução evidenciado pelo paciente<sup>7</sup>. O paciente cumpriu o plano diário de exercícios propostos com rigor. Nas orientações pertinentes salientam-se:

- A realização dos exercícios em frente ao espelho, pois o feedback visual, além de proporcionar uma pista sensorial adicional, promove um maior controlo da musculatura da face e previne o aparecimento de sincinesias<sup>7</sup>.
- Todos os exercícios deveriam ser realizados de maneira simétrica e equilibrada e cada exercício realizado deveria ser rigorosamente controlado<sup>2</sup>;
- Levar em conta a fadiga e realizar intervalos para não fatigar a musculatura<sup>17</sup>;
- Realizar frequente massagem de relaxamento na hemiface direita de modo a diminuir a tensão e prevenir o aparecimento de contraturas musculares por utilização excessiva e compensatória desta musculatura<sup>1,2</sup>.
- Ao longo de todo o internamento foi realizado encerramento ocular durante o período da noite e hidratação ao longo do dia para prevenção de lesões<sup>1,2,14</sup>.

Salienta-se que, devido à ausência de contração da hemiface esquerda, numa fase inicial a realização de exercícios dirigidos foi limitada, sendo estes introduzidos posteriormente com a evolução do quadro<sup>11</sup>. Com o aparecimento de movimentos ativos, passou a ser pertinente realização de exercícios miofuncionais, visando sobretudo a isotonia e a isometria<sup>2</sup>.

## Intercorrências

Tal como observado por Miranda et al. (2015)<sup>17</sup>, também o Sr. N.J. desenvolveu mecanismos de contração masseteriana compensatórios, de forma a tentar potenciar a realização do movimento de estiramento labial (sorriso). Esta compensação, associada a uma menor eficiência mastigatória<sup>22,23</sup>, levou a que o paciente começasse a exibir queixa de dor à palpação na região da ATM esquerda no início da quarta semana de intervenção, que agravava em função (fala e mastigação).

Surgiu então a necessidade de fomentar um maior ganho de consciência para este padrão de contração deletério e posterior tentativa de inibição do mesmo<sup>18</sup>. Com o surgimento de queixas algícas surgiu também a necessidade de acompanhamento especializado da ATM.

## Intervenção em Fisioterapia

Neste sentido, surgiu a necessidade de uma atuação conjunta na motricidade orofacial entre a fonoaudiologia e a fisioterapia com o intuito de realizar

um maior controlo da dor associada à contração compensatória da musculatura da mastigação com repercussão negativa na ATM, sintomatologia que condicionava a evolução da mímica facial. Deste modo, Sr. N.J. iniciou a intervenção em fisioterapia em regime de internamento a partir da quarta semana, cada sessão com uma duração de 45 minutos, três vezes por semana, durante três semanas, direcionada para a sintomatologia algíca na ATM esquerda<sup>24</sup>, enquanto a atuação fonoaudiológica manteve o foco na melhoria da contração da musculatura da face, bem como consciencialização e posterior correção dos padrões compensatórios de movimento.

Numa primeira avaliação postural era possível observar no paciente uma anteriorização da cabeça e ombros, assim como um ligeiro aumento da cifose dorsal. O Sr. N. J. apresentava hipomobilidade da ATM esquerda (por mecanismo de proteção) e dor à palpação do masséter e da ATM esquerdos, referida também durante a abertura e encerramento mandibular. A intensidade da dor foi avaliada pela Escala Numérica da Dor (END)<sup>25</sup>, perguntando ao paciente para determinar a sua dor corrente, classificando-a de 0 “sem dor” a 10 “a pior dor imaginável”<sup>26</sup>. Segundo esta classificação, o paciente quantificou a sua dor de 6. Não referia dor em repouso e não se verificaram crepitações à auscultação durante a abertura e encerramento mandibular, colocando-se então de parte alterações do disco articular.

As avaliações foram realizadas no início da quarta e final da sexta semanas e, tanto a avaliação como a intervenção, foram concretizadas com o paciente em decúbito dorsal, numa posição neutra e de descanso da mandíbula, de forma a promover o relaxamento da musculatura da face e da cervical, uma vez que estas, funcionalmente, atuam contra a gravidade<sup>16,24,26</sup>.

Os objetivos da intervenção da fisioterapia para a disfunção da ATM esquerda foram: a redução da dor e a reeducação da mobilidade da ATM, assim como a melhoria da postura cervical e da cintura escapular<sup>26-28</sup>.

Durante a intervenção foram realizadas técnicas de terapia manual, mobilização dos tecidos moles e exercícios, adaptados às necessidades do paciente<sup>26,28</sup>. Este foi também instruído de como realizar exercícios em contexto de enfermaria, que consistiam em exercícios posturais e segundo o método sugerido por Rocabado<sup>29</sup> (posição de repouso da articulação; abertura controlada da mandíbula; estabilização da ATM; flexão da cabeça estabilizada; retração da cervical; retração dos ombros/cintura escapular)<sup>26-28,30</sup>.



Com o objetivo de ganho de mobilidade foram realizadas: mobilização fisiológica da ATM (técnica intraoral para abertura, encerramento, protrusão, retrusão, laterotrusão e mediotrusão); mobilização acessória de longitudinal-caudal bilateral e unilateral (técnica extraoral e intraoral respetivamente), de transverso para dentro e para fora unilateral (técnica extraoral e intraoral respetivamente) e pósterio-inferior e ântero-posterior unilateral (técnicas extraorais); e mobilização acessória de longitudinal-caudal combinada com movimento ativo de abertura e encerramento mandibular<sup>24,26-28</sup>.

Para o relaxamento da musculatura mais tensa e redução da dor foram aplicadas: técnica de *trigger point* e alongamento do músculo masséter; e alongamento da musculatura do pescoço combinada com técnica de *trigger point*<sup>7,26,27,30</sup>.

Para a otimização da coordenação dos movimentos da mandíbula foram realizadas: técnicas de ativação muscular mais seletiva (contrair/relaxar e controlo excêntrico de abertura e encerramento mandibular); e exercícios controlados de abertura, encerramento, protrusão, retrusão e lateralidade da mandíbula com auto-palpação em ambas as ATM's<sup>26,28,30</sup>.

Tal como já referido, foram facultadas recomendações terapêuticas de exercícios posturais para realização em contexto de enfermaria (seis repetições de cada exercício, duas vezes por dia) que, segundo Rocabado<sup>29</sup>, tinham como objetivo a distração articular pela eliminação da compressão, restauração do repouso articular fisiológico, mobilização dos tecidos moles e, sempre que possível, melhorar a relação cômulo-disco-fossa glenóide<sup>27,28</sup>.

## RESULTADOS

Durante o período de internamento o Sr. N.J. realizou intervenção intensiva complementada com terapia indireta. À data de alta verificava-se o seguinte desempenho:

Na avaliação da postura da face em repouso, apesar de apresentar assimetria, verificava-se maior definição do sulco nasolabial e ligeiro aumento do tónus, face à data de entrada, não se verificando desabamento da musculatura.

Durante a solicitação das praxias mantinha dificuldades na contração do músculo frontal (0) (similarmente ao verificado à data de entrada), mas o do corrugador do supercílio e o proceros apresentavam ligeiro esboço de contração com facilitação (1) (inicialmente apresentava grau 0). Além disso apresentava melhoria na contração do orbicular do olho (que ao início da

intervenção apresentava grau 1 e à data de alta, grau 3), permitindo o encerramento ocular 90-95%.

Na musculatura peri-orbicular verificava-se um desempenho melhorado comparativamente à data de entrada, com ocorrência de contração ligeira nos músculos levantador do lábio superior e da asa do nariz (1), assim como dos zigomáticos (1), risório (2) e orbicular dos lábios (2). Numa fase inicial todos estes grupos musculares apresentavam grau 0, segundo a classificação do protocolo de Chevalier<sup>13</sup>.

Com base no que foi anteriormente mencionado é possível classificar a PFP como moderadamente grave (grau IV) segundo a classificação de House e Brackmann (1985)<sup>12</sup>.

Os ganhos de força e amplitude muscular impactaram favoravelmente o desempenho funcional da fala e da fase oral da deglutição. Na avaliação da fala mantinha ligeiras alterações motivadas pela repercussão da paralisia facial periférica, porém a interferência na realização dos sons bilabiais era menor. Na deglutição apresentava um desempenho adequado, já não se verificando impacto da PFP, e consequente necessidade compensatória.

Relativamente às queixas álgicas e à redução de mobilidade observadas na articulação temporomandibular, após completar três semanas de fisioterapia sem intercorrências e sem utilização de medicação analgésica, mas com intervenção fonoaudiológica concomitante, à data de alta verificava-se o seguinte desempenho:

Ganho de mobilidade e coordenação da ATM esquerda com diminuição da dor nos movimentos fisiológicos de abertura e encerramento mandibular. A dor associada, que surgia de forma ocasional, era graduada 2 na END<sup>25</sup>. Verificou-se também diminuição da dor à palpação do masséter à esquerda, que graduou 3 na END<sup>25</sup>.

Após a data de alta manteve o acompanhamento fonoaudiológico no hospital da área de residência.

## DISCUSSÃO

As dificuldades na mímica facial manifestadas pelo Sr. N.J. ilustraram o impacto negativo destes transtornos na funcionalidade. Outros autores também documentaram o impacto funcional importante nas funções estomatognáticas<sup>17</sup>, nomeadamente na deglutição<sup>3,8</sup> e na fala<sup>11,15</sup>.

Relativamente à deglutição, Mory et. al. (2021)<sup>8</sup> e Tessitore et al. (2009)<sup>7</sup> notaram alterações e adaptações similares às do Sr. N.J.: na fase oral observou-se

dificuldade na mobilização do bolo e escape anterior, devido à hipofunção do bucinador e do orbicular dos lábios, resultando na adoção de estratégias por parte do paciente, tais como a utilização preferencial do lado são para realização da mastigação e colocação do copo durante a ingestão de líquidos. Contudo no caso descrito Sun et al. (2021)<sup>3</sup> as alterações decorrentes da SGB são também ao nível da fase faríngea. Sakakibara et al. (2002)<sup>6</sup> faz menção à possibilidade de ocorrência de afeção de outros pares cranianos além do facial, nomeadamente glossofaríngeo e hipoglosso, aumentando assim a gravidade da disfagia nesta população clínica.

Em relação ao impacto na fala, diversos autores mencionam a presença de disartria<sup>2,3,6,7,18,23</sup> decorrente da hipofuncionalidade da musculatura da face, contudo Tessitore et al. (2009) especifica o potencial impacto da PF (paralisia facial) nestes casos, nomeadamente nos fonemas /f/, /v/, /p/, /b/ e /m/. Os fonemas mencionados têm uma forte componente labial e as alterações ao nível desta estrutura irão promover a ocorrência de escape de ar nestas produções, resultando numa articulação imprecisa, podendo, em casos mais graves, ocorrer distorções. Apesar de o Sr. N.J. não apresentar uma perturbação maior de inteligibilidade da fala, o impacto da PFP era evidente para o próprio e para o interlocutor, sendo esta melhoria um dos objetivos da intervenção fonoaudiológica.

A recuperação da simetria da face *per se* foi também um importante objetivo de intervenção para o Sr. N.J., pois, similarmente ao descrito por outros autores<sup>9,10,17,18</sup>, este comprometimento era percebido como limitador para a sua interação social e expressão emocional. Cappeli et al. (2020)<sup>10</sup> acrescentam que quanto mais elevada a gravidade da PFP, maior será o impacto psicossocial, afetando negativamente a autoestima, comunicação interpessoal e podendo, inclusivamente, levar à depressão e ao isolamento social.

As modificações na biomecânica das funções estomatognáticas são também responsáveis pela ocorrência de um desequilíbrio de forças, levando a intercorrências ao nível das estruturas adjacentes. Vários autores<sup>17,22,23</sup> identificaram a presença de contrações compensatórias noutros grupos musculares, durante a função mastigatória ou na realização de exercício dirigido, como causadores de disfunção ao nível da ATM. Tais repercussões foram também observadas durante a intervenção com o Sr. N.J. e, neste âmbito, a consciencialização do padrão

mastigatório e consequente reeducação funcional da mastigação e a realização de terapia manual na ATM, permitiram a redução da dor e o incremento da amplitude de abertura mandibular, tal como foi constatado por Herrera-Valencia et al. (2020)<sup>28</sup> e por Santos et al. (2009)<sup>23</sup>.

A combinação das diferentes técnicas de reabilitação<sup>1,2,14,20,21</sup>, tendo por base a oferta de uma grande variedade de estímulos, funcionou como catalisador da reabilitação. Embora seja espetável uma remissão dos sintomas, neste caso em particular salienta-se a celeridade da evolução após a intervenção da equipa de medicina física e de reabilitação e o facto de esta ter ocorrido de forma adequada, pois teve por base a realização de exercício de forma controlada, visando sempre a aquisição de um maior controle do movimento<sup>2</sup>. Talvez por esse motivo se tenha verificado uma reabilitação do movimento da face sem a aquisição de sincinesias que, posteriormente, poderiam ser um fator para o prolongamento do tratamento, sendo difícil a sua inibição.

Tal como observado por Robinson e Baiungo (2018)<sup>18</sup>, deve ser reforçada a importância que a interdisciplinaridade da equipa representa neste tipo de casos, envolvendo a áreas de expertise de diversos profissionais, possibilitando a gestão da situação clínica e funcional e a gestão de eventuais intercorrências. De suma importância a integração do paciente como elemento da equipa<sup>11,18</sup>, havendo assim uma responsabilidade partilhada pelo sucesso da intervenção, fazendo com que este assumira um papel preponderante na própria reabilitação.

Na reabilitação da PFP observa-se a necessidade de quantificar os estímulos e o exercício. Não existindo “receitas” definidas, a quantidade de exercício realizado deverá estar de acordo com o limiar de fadiga, frustração e tolerância do paciente. Desta forma os profissionais envolvidos no processo de reabilitação deverão estar atentos aos diferentes sinais e adaptar a sua postura às necessidades de cada paciente.

Este caso ilustra a necessidade de olhar para a pessoa como um todo durante todo o processo de avaliação e intervenção. A alteração da biomecânica de uma função poderá impactar todas as estruturas adjacentes levando a uma modificação do problema e à necessidade de complementar a intervenção. Neste caso, a observação de uma mesma alteração por parte de diferentes áreas de atuação levou a achados diferentes, mas complementares, possibilitando desta

forma potencializar a recuperação e simultaneamente controlar as intercorrências.

## CONCLUSÃO

A avaliação detalhada do caso permitiu a quantificação da evolução e funcionou como fator de motivação para o paciente e para a equipa envolvida na reabilitação. Esta análise cuidadosa permitiu, também, identificar e atuar na correção de padrões compensatórios de contração muscular, e desta forma obter uma evolução favorável. Este estudo de caso demonstrou o impacto que a interdisciplinaridade e a comunicação entre profissionais pode representar para evolução e para a continuidade da intervenção.

## AGRADECIMENTOS

Sinceros agradecimentos ao Sr. N.J., que gentilmente autorizou a partilha do seu caso clínico, e a toda a equipa com a qual foi um privilégio trabalhar diariamente.

## REFERÊNCIAS

1. Matos C. Paralisia facial periférica: o papel da medicina física e de reabilitação. *Acta Med Port.* 2011;24:907-14.
2. Khalfaoui S, El Abbassi E. Peripheral facial paralysis. *J Surg Surg Res [periódico na internet].* 2019 [acessado em 24 de abril de 2021] 17;5(2):056-60. Disponível em: <https://www.peertechz.com/articles/JSSR-5-172.php>
3. Sun J, Gao Y, Chi L, Cao Q, Ning Z, Nan G. Case report: early-onset Guillain-Barre syndrome mimicking stroke. *Front Neurol.* 2021;12(February):1-5.
4. Verma R, Chaudhari TS, Giri P. Unilateral facial palsy in Guillain-Barre syndrome (GBS): a rare occurrence. *Case Reports [periódico na internet].* 2012 Oct 19 [acessado em 04 de outubro de 2020];2012(oct19 1):bcr2012007077. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23087283>
5. Huang X, Lan Z, Zhan Y, Hu Z. Case report and literature analysis: Guillain-Barré syndrome with delayed unilateral facial palsy. *Front Neurol.* 2021;12(March): 1-7
6. Sakakibara Y, Mori M, Kuwabara S, Katayama K, Hattori T, Koga M et al. Unilateral cranial and phrenic nerve involvement in axonal Guillain-Barré syndrome. *Muscle and Nerve.* 2002;25(2):297-9.
7. Tessitore A, Paschoal JR, Pfeilsticker LN. Avaliação de um protocolo da reabilitação orofacial na paralisia facial periférica: evaluation of an orofacial rehabilitation protocol. *Rev. CEFAC.* 2009;11(suppl 3):432-40.
8. Mory MR, Tessitore A, Pfeilsticker LN, Couto Junior E de B, Paschoal JR. Mastigação, deglutição e suas adaptações na paralisia facial periférica. *Rev. CEFAC.* 2012;15(2):402-10.
9. Luijmes RE, Pouwels S, Beurskens CHG, Kleiss IJ, Siemann I, Ingels KJAO. Quality of life before and after different treatment modalities in peripheral facial palsy: a systematic review. *Laryngoscope.* 2017;127(5):1044-51.
10. Cappeli AJ, Nunes HR de C, Gameiro M de OO, Bazan R, Luvizutto GJ. Main prognostic factors and physical therapy modalities associated with functional recovery in patients with peripheral facial paralysis. *Fisioter e Pesqui.* 2020;27(2):180-7.
11. Romao AM, Cabral C, Magni C. Early speech therapy intervention in a patient with facial paralysis after otomastoiditis. *Speech, Lang Hear Sci Educ J.* 2015;17(3):966-1003.
12. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Oto- laryngol Head Neck Surg.* 1985;93:146-7.
13. Lacôte M, Chevalier AM, Miranda A, Bleton J, Stevenin P. Avaliação da função motora da face nas lesões periféricas e centrais. In: Lacôte M, Chevalier AM, Miranda A, Bleton JP, Stevenin P, editores. *Avaliação clínica da função muscular.* São Paulo, Brasil: Manole; 1987. p. 13-35.
14. Fouquet ML, Lazarini PR. Paralisia facial periférica: atuação fonoaudiológica. In: Filho OL, editor. *Novo Tratado de Fonoaudiologia.* 3.a. São Paulo, Brasil: Manole; 2013. p. 948-84.
15. Movérare T, Lohmander A, Hultcrantz M, Sjögreen L. Peripheral facial palsy: Speech, communication and oral motor function. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis [periódico na internet].* 2017 [acessado em 04 de outubro de 2020] ;134(1):27-31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anorl.2015.12.002>
16. Adler SS, Beckers D, Buck M. *PNF in practice - An illustrated guide.* 3rd ed. Stürtz GmbH, Würzburg: Springer; 2008.
17. Miranda V da HM, Scarpel RD, Torres ACM, Agra IMG. Effectiveness of speech therapy in patients with facial paralysis after parotidectomy. *Rev. CEFAC.* 2015;17(3):984-95.

18. Robinson MW, Baiungo J. Facial rehabilitation: evaluation and treatment strategies for the patient with facial palsy. *Otolaryngol Clin North Am* [periódico na internet]. 2018 [acessado em 04 de outubro de 2020];51(6):1151-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.otc.2018.07.011>
19. Tessitore A. O uso da zona motora da língua como facilitadora da deglutição. In: Marchesan I, editora. *Tratamento da deglutição*. São José dos Campos: Pulso; 2005. p. 101-6.
20. Pathan P. To study the effect of taping technique with conventional therapy in patients with facial palsy: a cross sectional study. *Int J Med Heal Res*. 2019;5(3):22-4.
21. Sun ZH, Tian YP, Tan YF, Tao D, Li WB, Ding JL et al. Effectiveness of Kinesio taping on peripheral facial paralysis: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2020;99(46):e23090.
22. Alfaya TA, Tannure PN, Dip EC, Uemoto L, Barcelos R, Gouvêa CVD. Associação entre paralisia facial de Bell e disfunção temporomandibular: manejo clínico. *Rev da Fac Odontol UPF* [periódico na internet]. 2012 [acessado em 06 de outubro de 2020] ;17(2):222-7. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1413-4012/2012/v17n2/a3297.pdf>
23. Santos APN, Ganda AM de F, Campos MI da C. Correlação entre paralisia facial e desordem temporomandibular: caso clínico. *Rev Odontol da UNESP*. 2009;38(2):123-7.
24. Fernández TP, González ÁP. *Fisioterapia en el trastorno temporomandibular*. 1st ed. Barcelona, Espanha: Elsevier; 2019.
25. Downie WW, Leatham PA, Rhind VM, Wright V, Branco JA, Anderson JA. Studies with pain rating scales. *Ann Rheum Dis*. 1978;37(4):378-81.
26. Byra J, Kulesa-Mrowiecka M, Pihut M. Physiotherapy in hypomobility of temporomandibular joints. *Folia Med Cracov*. 2020;60(2):123-34.
27. Butts R, Dunning J, Pavkovich R, Mettillie J, Mourad F. Conservative management of temporomandibular dysfunction: a literature review with implications for clinical practice guidelines (Narrative review part 2). *J Bodyw Mov Ther* [periódico na internet]. 2017 [acessado em 25 de janeiro de 2021] ;21(3):541-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbmt.2017.05.021>
28. Herrera-Valencia A, Ruiz-Muñoz M, Martín-Martín J, Cuesta-Vargas A, González-Sánchez M. Efficacy of manual therapy in temporomandibular joint disorders and its medium-and long-term effects on pain and maximum mouth opening: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Med*. 2020;9(11):3403.
29. Rocabado M, Iglarsh ZA. *Musculoskeletal approach to maxillofacial pain*. 1st ed. Philadelphia, USA: Lippincott Company; 1990.
30. Şahin D, Kaya Mutlu E, Şakar O, Ateş G, İnan Ş, Taşkıran H. The Effect of the Ischaemic Compression Technique on Pain and Functionality in Temporomandibular Disorders: a randomized clinical trial. *J Oral Rehabil*. [periódico na internet]. 2021 [acessado em 25 de janeiro de 2021];10(1):3-9. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joor.13145>