

As manifestações clínicas do portador de paralisia facial

Clinical manifestations of patients with facial paralysis

DOI:10.34117/bjdv9n2-001

Recebimento dos originais: 02/01/2023

Aceitação para publicação: 01/02/2023

Marina Gabriela Magalhães Barbosa Murta

Graduada em Medicina

Instituição: Faculdade das Américas

Endereço: R. Augusta, 1508, Consolação, São Paulo - SP

E-mail: mary.marinag@gmail.com

Ana Karine Laranjeira de Sá

Graduada em Enfermagem

Instituição: Instituto Federal de Pernambuco

Endereço: Rua Francisco Antônio Moreno, 356, Arcoverde - PE

E-mail: ana.sa@pesqueira.ifpe.edu.br

Valdirene Pereira da Silva Carvalho

Bacharelado em Enfermagem

Instituição: Instituto Federal de Ciências e Tecnologia de Pernambuco (IFPE) - Campus
Pesqueira

Endereço: BR 232, SN, Prado Pesqueira - PE

E-mail: valdirene@pesqueira.ifpe.edu.br

Louyse Isabelle Vieira Garcia

Graduada em Medicina

Instituição: Faculdade Pernambucana de Saúde

Endereço: Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Recife - PE,
CEP: 51150-000

E-mail: louyse.isabelle@gmail.com

Gabriela Nogueira Couto

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Pública (UPE) - Campus Garanhuns

Endereço: Rua Solidonio Leite, Nº161, Boa Viagem - Recife

E-mail: gabinogueiracouto@gmail.com

Virgínnia Tereza Zago Chies

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)

Endereço: Av. Farrroupilha, 8001, São José, Canoas - RS, CEP: 92425-020

E-mail: virginniatzchies@gmail.com

Layo Leite de Lucena

Graduado em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina Nova Esperança

Endereço: Rua José Mesquita Braga, 427, Guaraciaba do Norte – CE, CEP: 62380-000

E-mail: layoleite@gmail.com

Alisson Fernando dos Santos

Graduado em Medicina

Instituição: Centro Universitário FIPMoc

Endereço: Av. Profa. Aida Mainartina Paraíso, 80, Ibituruna, Montes Claros - MG,

CEP: 39408-007

E-mail: alissondosantosmed@gmail.com

Arthur Hayasi Maniero

Graduado em Medicina

Instituição: Pontifícia Universidade Católica (PUC – SP)

Endereço: R. Marechal Costa e Silva, 25

E-mail: arthurhayasi@gmail.com

Viviane Raquel Gonçalves Medeiros

Graduada em Medicina

Instituição: Centro Universitário Facisa (UNIFACISA)

Endereço: R. Dr Severino Cruz, 353, Centro, Campina Grande - PB

E-mail: vivianeraqueladm@hotmail.com

Aloysio Soares Santos

Graduado em Medicina pela Universidade Tiradentes

Instituição: Hospital Escola da Faculdade de Medicina de Itajubá

Endereço: Avenida Deputado Silvio Teixeira, 952, Le Jardin, Jardins, Aracaju - SE

CEP: 49025-100

E-mail: aloysio.sanres@hotmail.com

José Songlei da Silva Rocha

Graduado em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso

Endereço: R. Quarenta e Nove, 2367, Boa Esperança, Cuiabá - MT, CEP: 78060-900

E-mail: songleirocha@gmail.com

Cibele Bessa Pacheco

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Federal de Santa Maria

Endereço: Av. Roraima, Nº 1000, Cidade Universitária, Camobi, Santa Maria - RS,

CEP: 97105-900

E-mail: bele.pacheco@hotmail.com

Pedro Eduardus Leal

Graduado em Medicina

Instituição: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Endereço: Av. Prof. Alfredo Balena, 190, Belo Horizonte – MG, CEP: 30130-100

E-mail: pedroeduardus@hotmail.com

Alice Aparecida Morais Santos

Residente de Clínica Médica

Instituição: Hospital e Pronto Socorro Municipal de Várzea Grande

Endereço: Av. Alzira Santana, S/N, Nova Várzea Grande, Várzea Grande - MT,

CEP: 78135-626

E-mail: alice_morais@hotmail.com

Bibiana Aparecida Pereira

Graduada em Medicina

Instituição: Faculdade Pitágoras de Medicina de Eunápolis

Endereço: R. Japurá, 40, Matinha - Eunápolis - BA

E-mail: bibiana-machado@hotmail.com

Taís Fernanda da Silva

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Nove de Julho (UNINOVE) - Campus Vergueiro

Endereço: Av. Professor Luiz Ignácio Anhaia Mello, 1363, Vila Prudente, São

Paulo - SP, CEP: 03155-000

E-mail: taisfer.plis@gmail.com

Bernardo Pinto Coelho de Carvalho Corrêa

Residência em Clínica Médica no Hospital da Polícia Militar

Instituição: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Endereço: Rua João Antônio Cardoso, 622, CEP: 31310-390

E-mail: bernardocorrea10@hotmail.com

Jayane da Silva Oliveira Linhares

Doutoranda em Biotecnologia em Saúde pela Universidade Potiguar

Instituição: Universidade Potiguar

Endereço: Av. Engenheiro Roberto Freire

E-mail: jayanelinhares5@gmail.com

Lucas Arruda de Souza

Graduado em Medicina

Instituição: Centro Universitário do Maranhão (CEUMA)

Endereço: Rua Anapurus, Nº 01, Renascença 2, São Luís – MA, CEP: 65075-120

E-mail: l.arruda.s@hotmail.com

Katia Aparecida Scarpari Bourdokan

Graduada em Medicina

Instituição: Universidade Anhanguera (UNIDERP)

Endereço: Rua Ceará, Nº 333, Campo Grande – MS, CEP: 79003-010

E-mail: katiabourdokan@gmail.com

Daniel Victor Viana Rodrigues Nunes

Graduado em Medicina
Instituição: Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
Endereço: dos Portugueses, 1966, Vila Bacanga, São Luís - MA, CEP: 65080-805
E-mail: danielmg30@hotmail.com

Raphael Patrik Borges da Costa

Graduado em Medicina
Instituição: Universidade Federal da Paraíba
Endereço: Campus I Lot, Cidade Universitária - PB, CEP: 58051-900
E-mail: raphael.patrik@academico.ufpb.br

Lorena Rocha Rodrigues

Graduada em Medicina
Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)
Endereço: R. Coronel Américo Batalha, Conjunto Castelo Branco, 17, Ponto Novo,
Aracaju - SE
E-mail: lorennarocharodrigues@live.com

Carolina Scherer Dornelles

Graduada em Medicina
Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPEL)
Endereço: R. Gonçalves Chaves, 373, Centro, Pelotas - RS, CEP: 96015-560
E-mail: carol_scherer23@hotmail.com

Pedro Paulo Rizerio de Carvalho Teixeira

Residente de Clínica Médica
Instituição: Faculdade de Medicina do Vale do Aço (FAMEVAÇO) - IMES Ipatinga
Endereço: De Araújo, R. João Patrício Araújo, 179, Veneza, Ipatinga - MG,
CEP: 35164-251
E-mail: pp_rizerio@hotmail.com

Daniel Batista Chaves

Residente de Clínica Médica
Instituição: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)
Endereço: Rodovia MGC 367, Km 583, N° 5000, Alto da Jacuba, Diamantina - MG,
CEP: 39100-000
E-mail: danbchaves@gmail.com

Danilo Pigosso Marciano

Graduado em Medicina
Instituição: Universidad del Pacífico
Endereço: Jr. Gral, Jirón Luis Sanchez Certo, 2141, Lima, Jesús Maria, 15072, Peru
E-mail: danilo_marciano_ivi@hotmail.com

Uanderson Pereira da Silva

PhD em Educação e Neurociências
Instituição: Logos University International, Unilogos Medicina Udabol (Uema)
Endereço: FVVF+Q7H, Capitán Rabelo, La Paz, Bolívia
E-mail: dr.uandersonps@gmail.com

Larissa Luciana Pires Silva

Graduada em Medicina
Instituição: Universidade Federal do Pará
Endereço: Jarbas Passarinho, Uirapuru, Nº 999, Altamira - PA
E-mail: larilpsilva50@gmail.com

Alvim João Faust

Graduado em Medicina
Instituição: Universidade Maria Auxiliadora (UMAX)
Endereço: QF76+5VJ, Assunción, Paraguai
E-mail: alvimfaust@gmail.com

Leandro Westphal

Graduado em Medicina
Instituição: Universidade Maria Auxiliadora (UMAX)
Endereço: QF76+5VJ, Assunción, Paraguai
E-mail: drleandrowe@gmail.com

Lucas Carneiro dos Santos

Graduado em Medicina
Instituição: Universidade Estadual do Amazonas
Endereço: Avenida Tefe, 2388, Manaus
E-mail: lcds.med@uea.edu.br

Guilherme Silva Malheiros

Graduado em Medicina
Instituição: Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná
Endereço: R. Padre Anchieta, 2770, Bigorriño, Curitiba - PR, CEP: 80730-000
E-mail: malheirosguilherme@hotmail.com

Luiz Augusto Germano Borges

Graduado em Medicina
Instituição: Universidade de Rio Verde - Campus Aparecida
Endereço: R. 1028, Nº193, St. Pedro Ludovico, Goiânia - GO
E-mail: luizgermano14@hotmail.com

Luciano da Silva Alves

Graduado em Medicina
Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde
Endereço: SMHN, QD 03, Cj A, BL 1, ED FEPECS, Brasília - DF
E-mail: luciano.escs@gmail.com

Gilmar Rosado Hurtado

Graduado em Medicina
Instituição: Universidad Mayor Real Pontificia San Francisco Xavier de Chuquisaca
Endereço: R. Quedas, 187, CEP: 02082-030
E-mail: gilmar_rosado@hotmail.com

Mariana Monteiro Resende

Graduada em Medicina
Instituição: Universidade Federal do Cariri
Endereço: Rua Júlio Holanda, 195, Quixada
E-mail: ma.monteiroresende@gmail.com

Gabriella Amâncio Matos

Graduada em Medicina
Instituição: Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)
Endereço: R. Aprígio Veloso, 882, Universitário, Campina Grande - PB,
CEP: 58429-900
E-mail: amancio.gabi@gmail.com

Rodrigo Daniel Zanoni

Graduado em Medicina
Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC - Campinas)
Endereço: Av. John Boyd Dunlop, S/N, Jd. Ipaussurama, Campinas – SP,
CEP: 13060-904
E-mail: drzanoni@gmail.com

RESUMO

Introdução: A paralisia facial é um sintoma de um transtorno de base resultante em imobilidade e incapacidade de executar a mímica facial e a expressão emotiva. São várias as etiologias deste acometimento, sendo a classificação em paralisia facial periférica, representada classicamente pela paralisia de Bell e a central, pelo acidente vascular encefálico, adotada para auxiliar na investigação e seguimento clínico adequado. **Objetivo:** Descrever sobre a paralisia facial, com foco em características clínicas que propiciem ao diagnóstico precoce, medidas terapêuticas e restauração imediata. **Metodologia:** Revisão narrativa que selecionou artigos disponibilizados na íntegra publicados no recorte temporal de 2008 até 2022. **Resultados:** Dos 10 artigos incluídos neste estudo, todos realizaram uma ampla análise sobre a temática, a qual propiciou a disseminação de informações atualizadas sobre conceito, diagnóstico diferencial entre duas condições clínicas opostas resultantes em paralisia facial, manifestações, avaliação clínica e manejo adequado. **Conclusão:** Estudos ainda urgem em ser feitos no intuito de orientar melhor os profissionais e a comunidade a respeito da paralisia facial e a importância que possui o acompanhamento e seguimento precoce. Destarte, é essencial a atualização, atuação profissional imediata e redução da postergação terapêutica, consequentemente reduzindo sequelas e evoluções negativas.

Palavras-chave: neuropatia, paresia, ensino em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Facial paralysis is a symptom of an underlying disorder resulting in immobility and inability to perform facial mimicry and emotional expression. There are several etiologies for this condition, with the classification of peripheral facial palsy, classically represented by Bell's palsy, and central, by cerebrovascular accident, adopted to assist in the investigation and adequate clinical follow-up. **Objective:** To describe facial paralysis, focusing on clinical features that lead to early diagnosis, therapeutic measures and immediate restoration. **Methodology:** Narrative review that selected articles available in full published in the time frame from 2008 to 2022. **Results:** Of the 10 articles included

in this study, all carried out a broad analysis on the subject, which led to the dissemination of updated information about the concept, differential diagnosis between two opposing clinical conditions resulting in facial paralysis, manifestations, clinical evaluation and adequate management. Conclusion: Studies are still urgent to be carried out in order to better guide professionals and the community regarding facial paralysis and the importance of early follow-up and follow-up. Thus, updating, immediate professional action and reduction of therapeutic postponement are essential, consequently reducing sequelae and negative developments.

Keywords: neuropathy, paresis, health education.

1 INTRODUÇÃO

A paralisia facial se trata da debilidade ou dormência da musculatura da face, podendo ser de caráter temporário ou permanente. São inúmeros os desencadeantes da imobilidade, sendo a apresentação periférica predominante em equiparação ao tipo central. Ressaltando que a estimativa condiz a cerca de 40 a cada 100.000 a cada ano, independente do sexo e faixa etária adulta madura em torno de 40 anos. Abrangendo como potenciais de risco a reativação de infecções e acometimentos cardiovasculares como hipertensão e diabetes mellitus. ¹

Geralmente, este acometimento cursa com alta aflição, e potencial em prejudicar a qualidade de vida do portador, devido a interferência na aptidão em manifestar as emoções através das expressões faciais. ⁴

As repercussões da deformação da expressão facial não se restringem somente a estética, a obstrução imposta em ações cotidianas, como a comunicação e alimentação, o desencadeamento de transtornos psíquicos como ansiedade, depressão, angústia, isolamento social. ⁷

O seguinte artigo objetivou por meio da revisão narrativa de literatura, descrever sobre a paralisia facial, com foco em características clínicas que propiciem ao diagnóstico precoce, medidas terapêuticas e restauração imediata.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa, elaborado para abordar sobre a paralisia facial e suas repercussões na saúde comunitária. É composta por uma análise ampla da literatura, e com uma metodologia rigorosa e replicável ao nível de reprodução de dados e questões quantitativas para resoluções específicas. Ressaltando, que esta opção é fundamental para a aquisição e atualização do conhecimento sobre a

temática específica, evidenciando novas ideias, métodos e subtemas na literatura eleita. Por ser uma análise bibliográfica a respeito de uma abordagem geral da paralisia facial e seu desfecho clínico foram recuperados artigos indexados nas bases de dados Scientific Electronic Librayr Online (SciELO), Periódicos Capes, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), MEDLINE, Google Acadêmico, LILACS,

Academia Brasileira de Neurologia, Cochrane Library, Revista Brasileira de Neurologia, Centro de Informação de Recursos Educacionais (ERIC) durante o mês de novembro de 2022, tendo como período de referência os últimos 5 anos. Foram empregados os termos de indexação ou descritores paralisia facial, lesão neurológica, sinal de Bell isolados e de forma combinada. O critério utilizado para inclusão das publicações era ter as expressões utilizadas nas buscas no título ou palavras-chave, ou ter explícito no resumo que o texto se relaciona à paralisia facial com aspectos vinculados ao quadro clínico, etiologias e manejo terapêuticos destes. Os artigos descartados não apresentavam o critério de inclusão estabelecido e/ou apresentavam duplicidade, ou seja, publicações restauradas em mais de uma das bases de dados. Também foram excluídas dissertações e teses. Após terem sido restauradas as informações alvo, foi conduzida, inicialmente, a leitura dos títulos e resumos, junto de intensa exclusão de publicações nessa etapa. Posteriormente, foi feita a leitura completa dos 50 textos. Como eixos de análise, buscou-se inicialmente classificar os estudos quanto às particularidades da amostragem, agrupando aqueles cujas amostras são referentes a fisiopatologia e a associação com as manifestações clínicas, critérios diagnósticos e aqueles cujas amostras são sobre a terapêutica e os impactos que a doença gera além do âmbito da saúde. A partir daí, prosseguiu-se com a análise da fundamentação teórica dos estudos, bem como a observação dos caracteres gerais dos artigos, tais como ano de publicação e língua, seguido de seus objetivos. Por fim, realizou-se a apreciação da metodologia aplicada, resultados obtidos e discussão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A busca das publicações que fundamentaram este estudo detectou 50 referências sobre a temática nas bases de dados mencionadas, das quais 10 artigos incluídos nesta revisão, havia 6 revisões narrativas, 3 revisões sistemáticas e 1 relato de caso. Observou-se se a prevalência de publicações em inglês, seguida do português e espanhol. Ademais, notou-se maior predomínio de pesquisas sobre a paralisia facial periférica em detrimento

da central, possivelmente justificado pela maior ocorrência da primeira e o desfecho neurotípico.

Ao longo do presente estudo, foram encontrados muitos artigos de revisão que abordaram os aspectos clínicos e a importância da identificação precoce da etiologia da paralisia facial. Este fato potencialmente reflete a importância clínica desta ocorrência e a crucial atualização das pesquisas existentes sobre o tema, uma vez que estas são superficialmente disseminadas.

Com o início da leitura criteriosa dos textos selecionados, foi possível analisar que os estudos são equivalentes e não houve nenhuma mudança no que concerne a classificação dos tipos de paralisia facial. Há um consenso de que esse ocorrido pode ser distinguido em paralisia facial periférica ou central.²

A paralisia facial periférica (PFP) ou paralisia de Bell se trata de um acometimento clínico de caráter inflamatório que afeta o nervo facial, em seu caminho a partir do tronco encefálico até alcançar a musculatura da mímica facial.⁴

A paralisia facial central é uma indicação atípica de danos nos neurônios motores superiores do nervo facial, manifestação clássica do acidente vascular encefálico.³

De modo a organizar as informações obtidas, optou-se por agrupá-los em subtópicos para facilitar a compreensão da enfermidade clínica. Estes foram subdivididos para justificar o motivo do elevado acometimentos do nervo facial, a importância e as particularidades que diferenciam a etiologia central e periférica, avaliação clínica e manejo.²

3.1 ANATOMOFISIOLOGIA DO NERVO FACIAL

Classificado como o sétimo dos 12 pares cranianos existentes, o nervo facial é encarregado pela ação da musculatura da mímica facial, através do impulso feito as glândulas lacrimais e salivares e também a gustação dos 2/3 anteriores da língua.⁸

Se trata de um nervo duplo, ou seja têm ação sensitiva e motora, composta por fibras aferentes e eferentes gerais e especiais. O estímulo elétrico para desencadear a mobilidade muscular voluntária, involuntária da face e regulação do tônus são provindos do córtex motor cerebral, a qual atravessam extenso trajeto que é separado em uma tríade de segmentos composta pelo segmento supranuclear, que transmite os impulsos elétricos ao córtex, giro pré-central do lobo frontal, até o núcleo facial; o segmento nuclear, no

tronco encefálico, e o infranuclear, tipificado como o nervo facial que alcança as fibras musculares dos músculos da mímica facial.⁷

O nervo facial possui uma distinção anatômica singular, o seu extenso trajeto dentro do osso temporal. Tal circunstância propicia a geração de inúmeras enfermidades, devido a ocorrências de trauma ou inflamação, predispor aos elementos essenciais para a síndrome compartimental junto a injúria do tecido neural.⁸

As implicações clínicas ocorrem conforme a região do nervo facial afetado. O nervo facial possui diversos tipos de fibras neurais com funções específicas, logo as aferentes viscerais especiais se encarregam pela gustação dos 2/3 anteriores da língua através do nervo corda do tímpano; aferentes viscerais gerais pela sensibilidade da mucosa nasal posterior e porção do palato mole; aferentes somáticas gerais a sensibilidade da concha auricular, parte do pavilhão auricular e meato acústico externo e as eferentes viscerais gerais pela inervação das glândulas submandibulares e sublingual pelo via corda do tímpano e as glândulas lacrimais via nervo petroso maior.⁸

As injúrias localizadas próximo a origem do nervo, ou nas proximidades do gânglio geniculado, resultam em déficit das funções motoras, gustativa e autonômica. Ocorrências típicas, as lesões fixas entre o gânglio geniculado e a corda do tímpano resguardam o ofício lacrimal, no tempo em que os danos próximos ao forame estilomastóideo amparam a gustação e lacrimejamento e cursam com paralisia ipsilateral das porções superior e inferior da face. Ressaltando, que as lesões ocorridas o núcleo do nervo facial no tronco encefálico também gera paralisia ipsilateral de todos os músculos da face, ou seja, abordando os superiores e inferiores.⁸

3.2 PARALISIA CENTRAL OU PERIFÉRICA

Atualmente, a incidência de paralisia súbita total da hemiface, impedindo atos simples como sorrir e ocluir o olho ou a paralisia restrita só a porção inferior de uma hemiface relacionada a deficiência motora de membros. Em ambos, prevalece uma paralisia facial, apesar de serem acometimentos clínicos opostos. Neste contexto, a classificação em paralisia de origem central (injúria ao sistema nervoso central) resulta em paralisia somente da parte inferior da hemiface contralateral á lesão e a periférica (lesão do nervo facial) toda a hemiface homolateral á lesão é implicada. O modelo de lesão nuclear ou acometimento periférico do sétimo nervo craniano obrigatoriamente deve ser diferenciado do acometimento das vias motoras centrais localizadas

superiormente ao núcleo, a qual desencadeiam adinamia e paresia facial da metade inferior, mas mantém o enrugamento frontal, devido a redundância das vias centrais que inervam a musculatura facial superior. O achado clássico da paralisia periférica é oclusão incompleta da pálpebra, junto a desvios do olhar para cima e para dentro, conhecido como fenômeno de Bell, sendo sua relevância clínica representada pelo tamponamento e a lubrificação ocular alterada após a lesão, predispondo aa ressecamento corneano e fibrose de caráter irreversível. Em casos de lesões periféricas ao gânglio, a síntese de lágrimas é mantida, mas é possível que estas fiquem estocadas no saco conjuntival, em razão da não obliteração impedir o fluxo adequado pelo ducto lacrimal. É imprescindível para a investigação de certos desencadeantes de base e no manejo clínico adequado ao portador.⁸

3.3 ETIOLOGIAS

Existem vários acometimentos clínicos que contribuem para a origem da paralisia facial periférica, exemplificados por doenças sistêmicas, genéticas, inflamatórias, traumas e tumorais ao longo do longo trajeto do nervo facial até os músculos faciais, associados anatomicamente as demais estruturas como outros nervos cranianos, orelhas internas, média e externa, mandíbula e a parótida, também pelo intraósseo do nervo facial, dentro do osso temporal.⁵

Geralmente, intercorre agravo no caminho intratemporal do nervo facial. Na trajetória do nervo, englobado pelo canal ósseo, os axônios e suas bainha de mielina podem, no decorrer da inflamação ou trauma, manifestar edema, em diferentes níveis, resultando em bloqueio na condução elétrica neural e a paralisia das fibras musculares. Logo, se o ataque ao nervo for superior, o edema se intensifica, culminando em isquemia distal.⁸ Gerando um ciclo vicioso com mais edema e fixa-se a síndrome compartimental, nesse espaço, acontece a degeneração da bainha de mielina e dos axônios distal e proximal, modificações no corpo celular axonal no núcleo facial. Ressaltando que nesse evento, o tempo e a extensão da lesão neural são proporcionais aos danos as fibras axonais.⁷

Simultaneamente a degeneração neural, mecanismos compensatórios ocorrem para sintetizar uma nova bainha de mielina e propiciar a desenvolvimento do coto proximal axonal. Tal processo reparativo tem pouca aptidão e conforme ocorre elevada decomposição do tecido neural, maior é a chance de sequelas.⁹

As principais etiologias da paralisia facial periférica associado ao nascimento são a malformação do VII ao VIII par craniano, sequências de möebius, sindrômica; adquirida aborda o trauma, fratura do osso temporal ou mandibular; ferimento por arma de fogo ou branca; iatrogênica por cirurgia otológica, estapedectomia, mastoidectomia, orelha congênita, implante coclear, neurocirurgia, embolização, bloqueio anestésico; endócrinas incluem diabetes melito, hipertireoidismo, hipotireoidismo, gestação; vascular exemplificada pela hipertensão arterial sistêmica, granulomatose de Wegener e poliarterite nodosa; neurológicas como a síndrome de Guillain-Barré, esclerose múltipla, miastenia gravis; viral, a síndrome de Ramsay Hunt, paralisia de Bell, sarampo, caxumba, mononucleose infecciosa, síndrome da imunodeficiência adquirida; bacteriana por otite externa, otite média.¹⁰

Mediante a suspeita de paralisia facial periférica, a diagnose é confirmada pelo descarte de viáveis condições como a paralisia simultânea bilateral, vesícula no pavilhão auricular, sinais de trauma, infecção otológica, afecções do sistema nervoso central, paralisia ao nascimento, envolvimento de outros pares cranianos, paralisia ao nascimento, envolvimento de outros pares cranianos e tumor intra/extracraniano.⁶

Os desencadeantes da paralisia facial central são resultantes de acidente vascular encefálico, sendo o padrão central relacionado a outros distúrbios neurológicos; o trauma do osso temporal; colesteatoma; polineuropatia; neoplasia parótida e síndrome de Ramsay-Hunt.⁷

3.4 AVALIAÇÃO CLÍNICA

O alvo na identificação etiológica diferencial e topográfico da paralisia, propícias avaliações fidedignas do estágio de acometimento do nervo facial.⁸

A análise clínica da mobilidade da musculatura facial na PFP é feita em duas etapas: no instante do repouso e em movimento. No repouso ocorre anulação das rugas frontais da testa, rebaixamento da ponta da sombrancelha, olho mais aberto ou pálpebra inferior caída do lado acometido, nariz desviado em vírgula para o lado são; supressão do sulco nasolabial, transvio e depressão da comissura labial, lábio superior e inferior arriados e bochecha flácida pendendo em saco.⁹

No exame, uma série de sinais são relatados para tipificar a paralisia facial periférica, a qual o Sinal de Bell se destaca, sendo visível na solicitação de oclusão ocular, ocorrendo deslocamento do globo ocular para cima e para fora na busca de fechamento

ocular abrupto, a qual não é total devido a fraqueza muscular orbicular da pálpebra. No decorrer patológico, quantidade considerável de pacientes evolui para contratilidade muscular e/ou sincinesias.³ O primeiro é de simples detecção, justificada pela tensa contração na hemiface que teve paralisia mesmo no repouso. Já a outra convém a contratilidade muscular de um músculo não associado a ação motora a ser feita. Ilustrada pela ocasião em que o paciente ao ser orientado para fechar as pálpebras, faz uma contração muscular na boca e sorri. Ou ao sorrir, causa um piscar de olho, sendo estas mudanças devido a situações com acentuado desarranjo anatômico do nervo perturbado e, diante regeneração das fibras axonais, estas podem evoluir para um grupo muscular em quantidades elevadas ou ir para um grupo oposto ao anteriormente inervado. Em casos de lesões crônicas do nervo facial, é provável que no percurso da restauração neural, a migração de fibras axonais eferentes da glândula salivar (nervo corda do tímpano) para a glândula lacrimal via nervo petroso maior, logo durante a alimentação ocorre visível lacrimejamento, conhecido como sinal da lágrima de crocodilo.⁶

A observação da musculatura da face nos portadores de paralisia facial central geralmente revela preservação da mobilidade voluntária da testa, olhos e reflexos, comprometimento funcional da cinesia e tônus nasal e variabilidade involuntária para o sorriso.⁵

3.5 TRATAMENTO

Posteriormente a todo o processo, formulação e confirmação da hipótese diagnóstica é necessário inicialmente orientar o paciente que a condição normalmente é breve e pode ser restaurada. A condição apesar de majoritadamente ter resolução espontânea não pode cursar sem acompanhamento profissional, a qual deve ser direcionado o cuidado ocular para precaver injúria e ressecamento corneano devido a dificuldade da oclusão palpebral, redução das piscadas e síntese de lágrimas reduzida. Neste contexto, é primordial a lubrificação diária, e o cobrimento noturno com gaze evitando exposição e trauma durante o sono.⁸

A indicação de fisioterapia e fonoaudiologia, apesar de poucas evidências científicas a respeito, aparenta evoluir favoravelmente a musculatura afetada e evitando a permanência da sincinesia.¹⁰

A prescrição de corticóides, preferencialmente a prednisona a 60 mg diárias durante uma semana, acarretam em recuperação abrupta e total. Ressaltando que a

indicação de antivirais são eficazes em casos de paralisia facial periférica, a qual combatem o vírus do herpes simples, evitando recidivas e reativação deste. ¹⁶

4 CONCLUSÃO

A partir da análise das informações coletadas, elucidada-se que as repercussões oriundas da paralisia facial são um obstáculo para o manejo e tratamento. Ressaltando que a deformação na mímica, na expressão facial, pode ser atenuadas a partir do conhecimento da etiologia e os determinantes na evolução patológica.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho LCC, Otsubo BY, Cyríaco MC, Vieira C, Oliveira PHS, Araújo VS, Sousa MVR, Daher AF, Suginoshita YS, Machado LCS. O perfil clínico do paciente com meningite bacteriana: uma abordagem neurológica. REAMed. 2022; 2, e9685.
2. Carvalho VAS, Silva TS, Melo MAMO, Guerreiro NG, Fontoura JS, Silva CHN. Paralisia facial unilateral: aspectos clínicos e principais tratamentos. Braz J Hea Rev. 1 2020; 3(2): 1761-1765.
3. Celik O, Eskiizmir G, Pabuscu Y, Ulkumen B, Toker GT. The role of facial canal diameter in the pathogenesis and grade of Bell's palsy: a study by high resolution computed tomography. Braz J Otorhinolaryngology. 2017; 83(3): 261-268.
4. Batista KT. Paralisia facial: análise epidemiológica em hospital de reabilitação. Rev Bras Cir Plast. 2011; 26(4): 591-5.
5. Falavigna A, Teles AR, Giustina AD, Kleber FD. Paralisia de Bell: fisiopatologia e tratamento. Scientia Médica, Porto Alegre. 2008; 18(4): 177-183.
6. Filho MP, Maranhão ET, Aguiar T, Nogueira R. Paralisia facial: quantos tipos clínicos você conhece? Parte I. Rev Bras Neurol. 2013; 49(3): 85-92.
7. Ginarte MJG, Aguila ECS, Alvarez PEQ, Román GH. Paralisia facial, atualização bibliográfica. Rev Cie Est Cien Inm. 2021; 4(1): e136.
8. Louis ED, Mayer SA, Rowland LP. Merritt — Tratado de Neurologia. 13ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2018: 743-44.
9. Podio G, Yoelsis A, Solano H, Molina YY, Cabrera H, Efectividad del tratamiento rehabilitador combinado de láser y magneto en pacientes com parálisis facial periférica. Multimed. 2021; 25(4): e1187.
10. Santos JM, Silva IT. O conhecimento dos fisioterapeutas acerca do tratamento da paralisia facial periférica. RSD. 2022; 11(10): e93111032527.