

PROGNÓSTICO E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO DA CRIANÇA COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA IDIOPÁTICA: RELATO DE CASO

PROGNOSIS AND PHYSICAL THERAPY ON CHILDREN WITH IDIOPATHIC FACIAL PALSY: A CASE REPORT

Raquel de Moraes Furtado¹, Cibelle Kayenne Martins Roberto Formiga²

¹Fisioterapeuta, Especialista em Fisioterapia Pediátrica e Neonatal pela Universidade São Marcos/CEAFI.

²Fisioterapeuta, Professora Doutora do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Goiás (UEG) e Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).

e-mail: cibellekayenne@gmail.com

Resumo: A paralisia facial periférica idiopática é a mais freqüente das paralisias faciais, com etiologia ainda desconhecida. A assimetria facial é o sinal mais marcante e possui muita importância para os indivíduos acometidos pela afecção, uma vez que a face é parte fundamental das relações humanas. O prognóstico geralmente é positivo, porém há muitos fatores que influenciam sendo os mais importantes o tratamento precoce, o tempo de recuperação e a dedicação do paciente. O objetivo deste trabalho foi de analisar a evolução de uma criança de sete anos de idade com diagnóstico de paralisia facial idiopática que realizou tratamento fisioterapêutico. De acordo com a Escala de House-Brackmann, a criança iniciou o tratamento com grau IV (disfunção grave) e evoluiu para grau II (disfunção discreta) após a intervenção. Com o estudo verificou-se que mesmo associando técnicas fisioterapêuticas comprovadamente eficazes, fatores externos como o tempo de início do tratamento e dedicação da criança e de seus familiares podem interferir negativamente no resultado, uma vez que não houve resolução total do quadro clínico.

Palavras-chave: Paralisia facial, prognóstico, fisioterapia;

Abstract: The idiopathic peripheral facial palsy is the most frequent of facial paralysis, and still with unknown etiology. The facial asymmetry is the most striking signal and has great importance for the individuals affected by the affection, since the face is a fundamental part of human relations. The prognosis is generally good, but there are many factors that influence the clinics, being one of the most important the early treatment, the recovery time and dedication of the patient. The aim of this study was to analyze the prognosis of a seven year-old child with diagnosis of idiopathic facial paralysis, assisted by physiotherapeutic treatment. Under the

House-Brackmann scale, the child began treatment with score IV (severe dysfunction) and progressed to grade II (mild dysfunction). The study found that even involving physiotherapeutic techniques proven effective, external factors such as time of initiation of treatment and dedication of children and their families can negatively interfere in the outcome, since there was full resolution of symptoms.

Key-words: Facial palsy, prognosis, physiotherapy.

Introdução

A paralisia facial é decorrente da interrupção do fluxo nervoso de qualquer um dos segmentos do nervo facial, podendo apresentar diversas etiologias: idiopática, traumática, infecciosa, metabólica, herpética, tumoral, tóxica, congênita, inflamatória, dentre outras¹.

A paralisia de Bell ou idiopática é a mais freqüente das paralisias faciais e pode ser definida como uma paralisia do tipo neurônio motor inferior, portanto, periférica com quadro agudo de paralisia dos músculos responsáveis pela mímica facial. A incidência é de 20-30 casos por 100.000 habitantes, sendo ligeiramente maior entre as mulheres e considerada rara antes dos 10 anos de idade, o que justifica a realização de estudos em crianças acometidas².

Um estudo realizado em 2001 avaliou 180 pacientes portadores de paralisia facial e demonstrou que além das etiologias mais comuns, são considerados fatores de risco para o desenvolvimento da afecção: hipertensão arterial, diabetes melitus, gravidez e puerpério².

Na paralisia facial periférica a face do paciente fica assimétrica, tanto em repouso como durante os movimentos. Há impossibilidade de fechar o olho, alargamento da fenda palpebral, o globo ocular levanta-se na tentativa de fechar a pálpebra (sinal de Bell), o sulco nasogeniano encontra-se apagado, há queda da comissura labial, com a boca e a língua sendo desviadas

para o lado sadio. Falar, assoviar e inflar a bochecha representa algumas das dificuldades apresentadas pelo paciente³.

Além dos sinais mais marcantes, como a assimetria facial, ainda ocorre redução do paladar e do lacrimejamento⁴, dificuldade para ingerir líquidos, pois estes escorrem pela comissura labial do lado afetado, disartria, principalmente para os fonemas /p/ /b/ e /m/, mastigação alterada, fazendo com que o alimento permaneça no vestibulo, podendo o paciente morder freqüentemente a língua⁵.

Já foi considerada por muitos uma enfermidade relativamente benigna, porém mais de 1/3 dos pacientes acometidos não têm evolução satisfatória. Nestes, a paralisia facial pode se tornar um problema psicológico devido à alteração estética da face pela presença de seqüelas. As seqüelas mais freqüentemente apresentadas foram: o espasmo hemifacial, recuperação parcial do déficit motor, síndrome da lágrima de crocodilo, contrações sincinéticas, lacrimejamento e fenômeno de Marcus Gunn invertido, que consiste na inibição do músculo Levantador da pálpebra e ptose da mesma quando ocorre a abertura bucal².

Em virtude de estar enclausurado em um canal ósseo por todo seu percurso e de possuir estreita relação com o ouvido interno e médio, o nervo facial está sujeito a processos infecciosos, inflamatórios ou compressivos, os quais podem interromper o seu fluxo nervoso, ocasionando bloqueios parciais ou totais⁶.

O tratamento clínico da paralisia de Bell tornou-se polêmico pelas opções clínicas e cirúrgicas. As opções clínicas medicamentosas mais freqüentes são os corticosteróides; porém, alguns clínicos acreditam no melhor resultado da associação entre eles e antivirais⁷.

Ainda no que diz respeito às técnicas empregadas pela fisioterapia, não há consenso, sendo que os recursos sugeridos pela literatura são: cinesioterapia, massagem, eletrotermoterapia, crioterapia, técnicas de facilitação neuromuscular proprioceptiva (FNP) facial, dentre outros tantos². Apesar da discussão, considera-se que o tratamento fisioterapêutico é peça chave para a recuperação dos pacientes com paralisia facial, uma vez que a maioria dos estudos apresenta resultados positivos com melhora da simetria facial, da mobilidade e diminuição ou prevenção de sincinesias⁷.

Touche (2008) revisou ensaios clínicos aleatórios, revisões sistemáticas e estudos clínicos os quais apresentaram desfecho favorável da afecção pela utilização de intervenções fisioterapêuticas baseadas em exercícios faciais, reeducação/ reaprendizado motor e retroalimentação por biofeedback em frente ao espelho⁷. Teixeira (2004) também revisou ensaios clínicos chegando à conclusão de que as evidências são insuficientes para demonstrar diferenças clínicas e estatísticas significantes entre as intervenções, uma vez que não são definidos os parâmetros utilizados e as abordagens são diferentes, porém relata os benefícios do tratamento fisioterapêutico na óptica dos autores analisados⁸.

O objetivo do presente estudo é analisar o caso de uma criança com paralisia facial idiopática submetida a tratamento fisioterapêutico e analisar o prognóstico funcional.

Relato do Caso

Paciente R. N. A. O, sexo masculino, sete anos, estudante, natural de Minaçu, uma cidade no interior do estado de Goiás (GO), com diagnóstico clínico de paralisia facial periférica idiopática esquerda (E), foi avaliado em um serviço de Fisioterapia da cidade de Anápolis (GO) no dia 20 de março de 2008. A avaliação fisioterapêutica constou de anamnese e exame neurofísico-funcional.

De acordo com a história coletada, a mãe da criança relata que após uma infecção no pavilhão auditivo, com presença de bolhas e pus, o paciente apresentou inicialmente redução do paladar e após 3 dias, acordou com a face totalmente desviada para Direita (D). Assustada, levou a criança a um hospital da cidade, onde o médico diagnosticou Paralisia Facial Periférica "idiopática" e prescreveu apenas complexo vitamínico - cujo nome a mãe não se recordou, encaminhando para tratamento fisioterapêutico.

A mãe prosseguiu relatando que a criança realizou quatro meses de fisioterapia, em que eram realizadas sessões de eletroestimulação, mas não observou resultados expressivos. Com isso, a família resolveu instalar-se em Anápolis, para continuidade do tratamento, visando melhores recursos para a saúde da criança.

Já em Anápolis, aos cuidados de outro médico, este optou por não prescrever tratamento medicamentoso, devido ao tempo transcorrido do episódio inicial receitando apenas vitamina do complexo B12, colírio para lubrificação ocular e encaminhou ao setor de Fisioterapia para reinício da mesma. Como exames complementares foram solicitados uma Tomografia Computadorizada (TC) do crânio e um exame oftalmológico especializado. O resultado da TC não revelou nenhuma anormalidade central e no exame oftalmológico foi verificada ausência de lubrificação no olho Esquerdo (E).

Após a coleta dos dados da história da criança foi realizado exame neuro-físico-funcional, incluindo a observação da face em repouso e movimento e a classificação do quadro clínico de acordo com a Escala de House-Brackmann. Esta escala varia de I- função normal da face até VI- paralisia total, sem qualquer traço de movimento. As disfunções são descritas dos graus II - disfunção discreta ao grau V - disfunção grave, sempre levando em consideração a simetria tanto em movimento quanto em repouso, a mobilidade e as sincinesias⁹.

Durante a avaliação foi observado que a hemiface esquerda (E) apresentava-se hipotônica, com leve hipotrofia, sensibilidade tátil, térmica e dolorosa preservadas e reflexo nasopalpebral diminuído

ipsilateralmente à paralisia, enquanto o reflexo mentoniano estava normal. No teste do paladar discriminou todos os sabores com muita dificuldade. O paciente apresentava ardência e sensação de “areia nos olhos” e presença do sinal de Bell. A avaliação da mímica facial foi realizada em repouso e em movimento, levando-se em conta os movimentos ativos e as sincinesias durante a realização destes, pela escala de evolução motora de House-Brackmann, na qual paciente encontrava-se em grau IV. No grau IV desta escala, a disfunção apresenta-se moderadamente grave por fraqueza muscular evidente e assimetria desfigurante quando em movimento, com simetria e tônus normais quando em repouso.

De acordo com a avaliação foi elaborado o seguinte diagnóstico cinético-funcional: criança com paresia da musculatura de hemiface E, classificada como grau IV na escala de House-Brackmann.

Após a avaliação fisioterapêutica, a criança iniciou os atendimentos na clínica de fisioterapia, com frequência regular de duas vezes por semana, com duração de 45 minutos a 1 hora cada atendimento. Além do tratamento na clínica, a mãe foi orientada a incentivar a criança para a realização de exercícios ativos em domicílio, pelo menos três vezes por dia. Apesar das orientações, verificou-se que a criança e a mãe apresentavam pouca motivação e compromisso para a realização do programa de tratamento, já que por muitas vezes não compareceram às sessões e demonstravam pouca frequência na realização dos exercícios domiciliares.

Cada sessão iniciava-se com os exercícios ativos, que a princípio eram assistidos, no lado acometido. Os exercícios ativos constavam de elevação e união das pálpebras, abertura e fechamento dos olhos, enrugamento do nariz, reprodução do sorriso com elevação da comissura labial, elevação do lábio superior (mostrar os dentes), aproximar e comprimir os lábios, estalos labiais (beijo) e protrusão e retração do lábio inferior. Após realização dos exercícios ativos em frente ao espelho, para melhor visualização e aprendizado dos movimentos solicitados, eram realizados novamente, concomitantes a eletroestimulação.

A corrente utilizada para eletroestimulação foi a FES (estimulação elétrica funcional), do aparelho da IBRAMED: Neurodyn - TENS, FES, RUSSA (4 CANAIS), sendo os eletrodos dispostos da seguinte forma: um eletrodo na saída do processo mastóide e seu par no ponto do nervo facial, onde ocorre a ramificação para a face, localizado a frente do trágus. No outro par eram utilizados pontos motores dos músculos frontal, orbicular dos olhos e dos lábios, elevador dos lábios e das comissuras labiais, sendo estes alternados de sessão em sessão e respeitando que um estivesse no quadrante superior e outro no quadrante inferior do lado acometido. Os parâmetros utilizados no aparelho durante as sessões eram: R= 50 Hz, T= 120 useg, RISE= 4 seg, DECAY= 3 seg, on time= 4 seg, off time= 6 seg, no modo recíproco, por 15 minutos.

Ao fim de cada atendimento era realizada massagem relaxante, com auxílio de ventosa facial e óleo mineral, na hemiface contralateral à lesão, com objetivo de relaxamento muscular.

Na trigésima sessão, houve melhora da função ocular, ou seja, na abertura e no fechamento, sendo que o paciente relatava não sentir a sensação de ardência no olho E. Na reavaliação, paciente havia atingido grau III na escala de House-Brackmann.

Em setembro de 2008, a clínica onde a criança realizava o tratamento parou de funcionar e a criança foi encaminhada para outra clínica de Fisioterapia, porém com o mesmo fisioterapeuta. Como já havia seis meses de tratamento, o paciente foi encaminhado ao médico, para reavaliação e sugestão de exame de eletroneuromiografia para avaliar a extensão da lesão do nervo facial. Vale ressaltar que a criança era reavaliada pelo médico a cada 20 atendimentos de fisioterapia.

O médico achou por bem realizar o referido exame apenas quando a paralisia facial completasse um ano e no dia 04 de dezembro de 2008 foi realizado o estudo neurofisiológico do nervo facial, o qual evidenciou comprometimento axonotômico parcial com discreto prolongamento do tempo de condução das respostas obtidas do nervo facial E. Com base no resultado, o médico solicitou continuidade do tratamento até completar dois anos da instalação da paralisia.

Após um ano e seis meses de tratamento, o paciente encontra-se no grau II da escala de House-Brackmann, com presença de simetria ao repouso e de sincinesia no movimento de abertura bucal, não apresentando nenhuma outra seqüela. Tem sido observada pouca evolução do quadro nos últimos meses de tratamento, não sendo obtida a resolução total da paresia da musculatura da face E.

Discussão

O plano de tratamento deste caso utilizou exercícios faciais ativos, eletroestimulação de baixa frequência, biofeedback na frente do espelho e massoterapia. A intervenção foi escolhida devido a uma revisão realizada em 2008, a qual demonstrou que a maioria das intervenções adotadas baseia-se em exercícios faciais, reeducação muscular, eletroestimulação e educação do paciente⁷, com resultados positivos, porém sem os devidos rigores metodológicos para concluir o tratamento da fisioterapia como efetivo⁸.

A intervenção prioritária neste estudo de caso foi a utilização dos exercícios faciais ativos, já que paralisia facial periférica altera a fisiologia neuromuscular causando atrofia, perda da coordenação e da força¹⁰. Os exercícios ativos eram exaustivamente repetidos, pois segundo a literatura, a reeducação muscular é alcançada, devido às repetições sistemáticas e coordenadas, as quais favorecem a reinervação das estruturas parcialmente danificadas⁷. A meta a ser alcançada em qualquer programa terapêutico que utilize exercícios é a aquisição de movimento e de função, assim, os

exercícios estão presentes na maioria das referências consultadas^{4,7,8,10,11}.

De acordo com a Escala de House-Brackmann, a qual foi adotada como parâmetro de evolução, o paciente iniciou o tratamento classificado como grau IV, ou seja, com fraqueza muscular, assimetria e fechamento ocular incompleto. Mesmo após 18 meses de tratamento, a criança não ultrapassou o grau II, apresentando leve fraqueza muscular e sincinesia como seqüela⁹. A sincinesia é uma das complicações mais encontradas, de acordo com a literatura, com a incidência podendo chegar a 42%, sendo atribuída à hiperexcitabilidade nuclear ou à regeneração aberrante das fibras nervosas.

Devido à persistência da sincinesia e à utilização inadvertida de exercícios ou eletroestimulação a recuperação total da função muscular facial pode ser tardia ou não acontecer⁸ como no caso relatado, em que criança não obteve evolução total da afecção, corroborando também com os resultados de dois estudos consultados, os quais afirmam que a paralisia facial periférica pode deixar seqüelas significativas em mais de 20% de pacientes avaliados, sendo considerados curados apenas 60% deles^{2,12}.

Além dos exercícios faciais, foi utilizado tratamento com biofeedback em frente ao espelho, que de acordo com um estudo prospectivo, randomizado e controlado promove a melhora na simetria do movimento voluntário¹³. Dessa forma, a realização dos exercícios ativos em frente ao espelho foi fundamental para auxiliar o re-aprendizado motor, uma vez que o paciente via o que estava sendo feito; sem mencionar o efeito lúdico dado ao tratamento, por se tratar de uma criança.

A eletroestimulação funcional foi utilizada no tratamento apesar das divergências quanto aos seus benefícios. Alguns autores acreditam que ela não deve ser adotada por ser responsável pelo aumento de tetanias e hipertônias, gerando as sincinesias¹¹, outros a defendem como forma de estimular as contrações musculares por ser uma corrente de baixa frequência, que provoca ativação nervosa, produzindo uma resposta motora em músculos paralisados¹⁴ e por produzir contrações funcionais sendo, portanto, aplicada em musculatura plégica ou parética¹⁵, como era o caso.

Apesar das referências adotadas usarem as técnicas fisioterapêuticas de forma individual, foi definido para o tratamento da criança, a combinação de técnicas por entender que estímulos associados promovem uma excitabilidade maior tanto nervosa quanto cerebral, o que acelera o tratamento.

Neste sentido, foi analisado um estudo com 80 pacientes portadores de paralisia facial periférica, distribuídos aleatoriamente em três grupos: um grupo recebeu exercícios faciais, outro eletroterapia e o terceiro a combinação dos dois tratamentos. O grupo que realizou a combinação dos tratamentos apresentou uma sequência de recuperação mais equilibrada, uma vez que precisou de menor quantidade de sessões para atingir menores valores na escala de House-Brackmann e mostrou tendência para normalidade ao

longo do tratamento, demonstrando assim que a combinação dos tratamentos resulta em bons resultados. Já os resultados obtidos nos outros grupos ficaram abaixo das expectativas, pois necessitou de maior quantidade de sessões para atingir valores normais na escala, além de manifestar seqüelas⁴.

Apesar do estudo de caso ser caracterizado pelo estudo de um ou de poucos objetos, a impossibilidade de generalização dos resultados obtidos constitui séria limitação a esse tipo de abordagem. No entanto, com esse tipo de delineamento é possível a compreensão da generalidade ou pelo menos o estabelecimento de bases para investigações posteriores.

Com a criança deste caso, houve alteração da sequência do tratamento devido à mudança de médicos, alteração também, na intervenção fisioterapêutica e ao que parece, houve falta de adesão ao tratamento domiciliar o que influenciou no prognóstico da patologia, como relata a literatura que trás como fatores externos influenciadores no prognóstico funcional dos pacientes com paralisia facial: o tratamento precoce, o tempo de recuperação e a conscientização/dedicação do paciente³.

Em relação ao tempo de recuperação, a literatura afirma que o tempo médio necessário para a regressão dos sinais da paralisia facial é de dois meses e já na segunda semana de tratamento é possível observar o início da recuperação da contração muscular¹⁶, porém neste caso, os resultados começaram a aparecer por volta da 30ª sessão. Verifica-se que o tempo de recuperação da paralisia facial da criança estudada vem se prolongando há 18 meses, pois no momento a família aguarda a opinião médica em relação à continuidade do tratamento. Contudo, é possível afirmar que o prognóstico atual deste paciente é desfavorável, considerando o longo tempo transcorrido com base nos achados da literatura sobre o tempo de recuperação da função, o qual varia de algumas semanas a 12 meses. A literatura também relata que a ausência de recuperação da paralisia por quatro meses indica a instalação da seqüela⁴, como ocorre no caso em questão.

Considerações Finais

Com base no caso clínico apresentado, considera-se que o tempo transcorrido entre a instalação da patologia e uma sequência terapêutica adequada, o longo tempo de tratamento e a não adesão ao tratamento domiciliar contribuíram para a não resolução do caso, uma vez que o paciente não atingiu o grau I da Escala de House-Brackmann, além de apresentar a sincinesia como seqüela.

No presente estudo foi realizada a combinação entre exercícios e eletroterapia, como sugere um estudo analisado e, no entanto, o paciente não apresentou recuperação total da afecção, portanto, não sendo possível detectar se as seqüelas presentes neste caso são efeitos indesejáveis da eletroterapia, dos exercícios faciais ou se de fatores externos. Assim, para efeitos de

comprovação de eficácia sugere-se a realização de estudos experimentais com uma amostra representativa, pois por se tratar de um relato de caso, este estudo está suscetível a uma série de vícios metodológicos.

Referências

1. Vasconcelos BEC, Dias E, Dantas WRM, Barros ES, Monteiro GQM. Paralisia facial periférica traumática. Rev. Cir. Traumat. Buco-Maxilo-Facial 2001; 1 (2): 13-20.
2. Valença MM, Valença LPAA, Lima MCM. Paralisia facial periférica idiopática de Bell: a propósito de 180 casos. Arq Neuropsiquiatr. 2001; 59: 234-42.
3. Barros JN, Melo AM, Gomes ICD. Paralisia Facial Periférica: prognósticos. Rev. CEFAC 2004; 6 (2): 184-8.
4. Maruska MS. Avaliação de métodos de tratamento fisioterápico na paralisia facial periférica aguda [dissertação em Medicina Interna]. Curitiba (PR): Univ. Federal do Paraná; 2004.
5. Borba M. Paralisia Facial Periférica: anatomia e fisiologia [Monografia de Especialização em Motricidade Oral]. Recife (PE): CEFAC; 1998.
6. Machado ABM. Neuroanatomia Funcional. 2º ed, São Paulo (SP): Atheneu; 2000.
7. Touche RL, Escalante K, Linares MT, Mesa J. Efectividad del tratamiento de fisioterapia em la parálisis facial periférica: Revisión sistemática. Rev. Neurol. 2008; 46 (12): 714-8.
8. Teixeira EC. Efeitos dos exercícios na Paralisia Facial Periférica Idiopática: Revisão sistemática de ensaios clínicos aleatórios. [Monografia de Especialização em Intervenção Fisioterapêutica nas doenças Neuromusculares]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2004.
9. House JW, Brackmann DE. Facial Nerve Grading System. Otolaryngol. Head neck Surg, 1985; 93: 146-147.
10. Diels JH, Combs D. Neuromuscular retraining for facial paralysis. Otolaryngol Clin North Am. 1997; 30: 727-43.
11. Garanhani MR, Cardosos JR, Capelli AMG, Ribeiro MC. Fisioterapia na Paralisia Facial periférica: um estudo retrospectivo. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 2007; 73(1): 112-5.
12. Costa TCA, Garcia MJ. Paralisia facial periférica. Arq. Bras. Medicina 1986; 60(5): 405-8.
13. Ross B, Nedzelski JM, Maclean JA. Efficacy of feedback training in long-standing facial nerve paresis. Laryngoscope 1991; 101: 744-50.
14. Agne JE. Eletrotermoterapia: teoria e prática. Santa Maria (RS), Orium, 2004.
15. Soares ACC, Silva LR, Bertolini SMMG. Atuação da Fisioterapia na paralisia Facial Periférica: Relato de Caso. Arq.Cienc. Saúde Unipar 2002; 6 (3): 171-6.
16. Lucena ACT. Fisioterapia na Paralisia Facial Periférica. São Paulo (SP), Lovise, 1993.