

# INTERVENÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PACIENTE PORTADORA DE PARALISIA FACIAL IDIOPÁTICA NO MUNICÍPIO DE UMUARAMA. RELATO DE CASO

Luciana Cristina Rafael Ognibeni\*  
Débora de Mello Gonçalves Sant'Ana\*\*

OGNIBENI, L.C.R.; SANT'ANA, D.M.G. Intervenção fisioterapêutica em paciente portadora de paralisia facial idiopática no município de Umuarama. Relato de caso. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 7(1): 69-75, 2003.

**RESUMO:** A paralisia facial periférica decorre da interrupção do influxo nervoso no nervo facial levando a paralisia completa ou incompleta. As paralisias do nervo facial são em geral unilaterais. É uma doença bastante socializada, não escolhe raça, sexo, idade ou condição social. Este trabalho tem como objetivo, demonstrar os benefícios da fisioterapia em uma paciente com paralisia facial idiopática. Trata-se de um relato de uma paciente submetida a 32 sessões de fisioterapia com duração de 45 minutos à 1 hora após vinte e seis dias de instalação do quadro da paralisia. A conduta fisioterapêutica adotada foi aplicação da FES, alongamento, massoterapia, estímulo com gelo, F.N.P., reflexo de estiramento, cinesioterapia e orientações domiciliares. O acompanhamento do resultado do tratamento fisioterapêutico foi embasado no sistema de Lovett, método de prova de graduação da força muscular usando a gravidade como resistência. Mesmo obtendo uma evolução do quadro, a fisioterapia teria um resultado mais satisfatório se iniciada ainda na fase aguda, daí a importância da intervenção precoce da fisioterapia.

**PALAVRAS-CHAVE:** fisioterapia; nervo facial; paralisia facial periférica.

## PHYSIOTHERAPY INTERVENTION IN A PATIENT HAVING IDIOPATHIC FACIAL PARALYSIS IN UMUARAMA. CASE REPORT

OGNIBENI, L.C.R.; SANT'ANA, D.M.G. Physiotherapy intervention in a patient having idiopathic facial paralysis in Umuarama. Case report. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 7(1): 69-75, 2003.

**ABSTRACT:** Peripheral facial paralysis originates from the interruption of the nervous influx in the facial nerve leading to a complete or incomplete paralysis. Facial nerve paralysees are generally unilateral. This is a very socialized disease, which does not choose race, sex, age or social condition. The objective of this research is to demonstrate the benefits of physiotherapy in a patient with idiopathic facial paralysis. It is a report of a patient subjected to 32 sections of physiotherapy lasting from 45 minutes to 1 hour twenty-six days after the paralysis was installed. The adopted physical therapy conduct was the application of FES, lengthening, massotherapy, ice stimulus, F.N.P., straining reflex, kinesis therapy and domiciliary orientations. The accompaniment of the result of the physical therapeutic treatment was based on Lovett's system, proof method of muscular force graduation using gravity as resistance. Even obtaining an evolution of the case, physical therapy would have a more satisfactory result if it was initialized still in the acute phase, because of it the importance of early physical therapeutic intervention.

**KEY WORDS:** facial nerve; peripheral facial paralysis; physiotherapy.

### Introdução

A paralisia facial periférica decorre da interrupção do influxo nervoso no nervo facial levando a paralisia completa, a qual compromete todos os músculos supridos pelo ramo nervoso afetado ou paralisia incompleta quando há fraqueza variável em músculos diferentes (GREENBERG *et al*, 1996). Na paralisia facial periférica há comprometimento tanto da raiz do nervo facial inferior, quanto do nervo superior; enquanto na paralisia facial central a raiz do nervo facial superior está preservada (LUCENA, 1993) e conforme FENICHEL (1995), as paralisias do nervo facial são em geral unilaterais.

NITRINI & FORTINI (1991) afirmam que o VII par de nervos cranianos é, principalmente, um nervo motor que inerva a musculatura da expressão facial. Segundo MANGABEIRA-ALBERNAZ (1981), na paralisia facial periférica a lesão é do nervo e não do núcleo nervoso como

na paralisia central. SANVITO (1998) classifica que a paralisia do nervo facial como periférica (nuclear e infranuclear) e central (supranuclear). HUNGRIA (1995) descreve o nervo facial como misto, mas principalmente motor. Seu núcleo motor está situado no assoalho do IV ventrículo, no qual emerge do eixo nervoso e penetra no meato acústico interno, no canal do nervo facial e atravessa todo o osso temporal emergindo do crânio pelo forâmen estilomastóideo, penetrando então na glândula parótida e após atravessá-la divide-se em cinco ramos principais: ramo temporal, zigomático, bucal, marginal da mandíbula e cervical. Cada um destes ramos inerva os músculos da expressão facial das regiões por onde passa.

De acordo com NITRINI & FORTINI (1991), a paralisia é parcial em 30% dos casos e completa em 70%; os pacientes com paralisia incompleta têm prognóstico mais favorável, sendo que 85% deles se recuperam totalmente. LUCENA (1993).

\* Fisioterapeuta. Especialista em Morfofisiologia Humana.

\*\* Docente do curso de Farmácia - Universidade Paranaense - UNIPAR - Umuarama - PR

Endereço: Débora de Mello Gonçalves Sant'Ana. Praça Mascarenhas de Moraes, s/nº. Umuarama - Paraná. 87520-210.

relata que a paralisia facial periférica é uma doença que não escolhe raça, sexo, idade ou condição social. Evidentemente, as pessoas bem nutridas, cuidadas e de condição social equilibrada, possuem possibilidade de êxito bem superiores que pessoas carentes em relação a alimentação, transporte e habitação. Em climas frios e/ou chuvosos, a incidência de paralisia facial periférica é muito maior, sendo distribuídos percentualmente ao longo do ano em 31,1% no inverno, 30,12% na primavera, 24,09% no outono e 14,4% no verão.

HUNGRIA (1995) descreve que as causas da paralisia facial periférica podem ser divididas em: traumáticas (cirurgias, fraturas do crânio, projéteis de arma de fogo), blastomatosas (carcinomas, adenocarcinomas, sarcomas, reticulosarcomas), vasculares (Paralisia de Bell, Síndrome de Melkersson, Encefalopatia Hipertensiva), infecciosas (otite média aguda simples, otite média aguda necrosante, otite média tuberculosa, otite média colesteatomatosa, mastoidite e labirintite, *Herpes zoster* oticus, etc) e reações inflamatórias. Conforme LEITÃO (1972), as causas mais importantes são: hemorragia cerebral, amolecimento cerebral, tumor cerebral, cirurgia facial, traumatismos e cirurgias sobre o mastóide, exposição ao frio, modificações térmicas. As causas da paralisia facial foram ainda classificadas em idiopática, traumática, viral, neonatal, otite média, sarcoidose, tumores do osso temporal e lesões vasculares (NITRINI & FORTINI, 1991).

Segundo HUNGRIA (1995), a otite média aguda simples é uma inflamação da mucosa da cavidade timpânica e se estende diretamente ao nervo facial, em razão de deiscência do canal do nervo facial na sua porção timpânica, mais freqüente do que geralmente se pensa.

De acordo com LUCENA (1993), diversos são os agentes e condições que podem ser responsabilizados pelo aparecimento da paralisia facial periférica, como, atividade luética, Beribéri, gota úrica, Mal de Hansen, diabetes, compressões por tumores, otites, traumatismos do crânio, herpes zóster, esclerose em placas, hemorragias, hipersensibilidade térmica, infecções por vírus e/ou bactérias, à frígore e arteriosclerose.

Dependendo do grau de acometimento, a paralisia facial periférica poderá apresentar múltiplos sinais e sintomas, às vezes poucos ou quase imperceptíveis. O estado emocional é afetado, deixando o paciente introspectivo, cabisbaixo e com redução da auto-estima.

Na paralisia facial, o comprometimento nas funções motoras, observa-se uma assimetria facial, com repuxamento dos traços fisionômicos para o lado, que são, o apagamento dos sulcos e linhas de tensão ao lado doente, o piscamento não acompanha o da outra hemiface e a pele fica mais lisa (LEITÃO, 1972; HUNGRIA, 1995). Outros sinais observados são o supercílio mais flácido, o sulco nasolabial mais atenuado ou ausente, a asa do nariz aproximando do septo nasal e o estreitando a narina, que não se dilata durante as inspirações, a comissura labial desvia-se para baixo, a parte mucosa dos lábios mostra-se estreitada. Durante as oclusões forçadas do olho, os cílios ficam menos ocultos entre as pálpebras no lado paralisado (HUNGRIA, 1995).

HUNGRIA (1995) descreve a presença do sinal de Bell, em que há o desvio do globo ocular para cima e para fora com o fechamento da pálpebra. Sinal de Negro, onde há desnivelamento dos globos oculares, e que consiste na maior

elevação do olho do lado doente em relação ao do lado normal.

Como o nervo facial tem funções reflexas, quando há paralisia deste, deve-se avaliar se os reflexos estão abolidos ou diminuídos, através desta afirmação, testam-se os reflexos: nasopalpebral, palpebral, cocleopalpebral, visuopalpebral, trigeminopalpebral e corneopalpebral. É importante salientar os possíveis distúrbios de lacrimejamento, onde o paciente poderá apresentar diminuição ou perda da secreção lacrimal, sinal de que a lesão está localizada no gânglio geniculado (HUNGRIA, 1995), por outro lado, LEITÃO (1972) afirma que o lacrimejamento contínuo é um sinal característico da paralisia facial.

O distúrbio do paladar refere-se as alterações da sensibilidade gustativa que são pesquisados com os sabores doce, salgado, azedo e amargo. Quando presentes é sinal de que a lesão do nervo se localiza acima da emergência da corda do tímpano, podendo também estar presente a diminuição do fluxo salivar (HUNGRIA, 1995).

No tratamento clínico, visando a redução das alterações oculares, DAVIDSON (1986) recomenda o uso de um tapa olho durante a noite associado com o uso de pomadas antibióticas com lacrilube. O uso de colírios visa prevenir úlcera de córnea e é indicado por MANGABEIRA-ALBERNAZ (1981); DAVIDSON (1986) e FENICHEL (1995). O uso de corticosteróides (dexametasona), papaverina e em alguns casos gangliosídios foi comprovado por contribuir com uma rápida recuperação (MANGABEIRA-ALBERNAZ, 1981; DAVIDSON, 1986; FENICHEL, 1995 e HUNGRIA, 1995). A cirurgia pode ser usada para descompressão do nervo facial segundo MANGABEIRA-ALBERNAZ (1981); DAVIDSON (1986) e HUNGRIA (1995).

REICHEL (1998) afirma que para realizar o tratamento fisioterápico da paralisia facial, deve fixar-se à algumas observações preliminares. Relacionado às funções vitais: analisa-se todos os movimentos da face, da boca, da garganta, da laringe, a mastigação, deglutição e respiração. Os movimentos bilaterais são adequados para acentuação ou sincronização muscular. Conhecer a anatomia e função muscular é de fundamental importância para o tratamento através da cinesioterapia. Sendo assim, os seguintes músculos da face são inervados pelo nervo facial (Tabela 1).

**TABELA 1 - Relação e ação dos músculos da face**

Músculos da expressão facial	Ação muscular
M. occipitofrontal, ventre frontal	Elevação dos supercílios
M. corrugador do supercílio	Unir os supercílios
M. próceros	Fazer rugas horizontais sobre o nariz
M. orbicular do olho	Fechar os olhos
M. nasal – parte transversa	Enrugar o nariz
M. nasal – parte alar	Dilatar as narinas
M. abaixador do septo	Curvar o nariz para baixo
M. levantador do lábio superior	Mostrar dentes superiores
M. abaixador do lábio inferior	Mostrar dentes inferiores
M. levantador do ângulo da boca	Puxar o canto da boca para cima
M. abaixador do ângulo da boca	Puxar o canto da boca para baixo
M. mentual	Sobrepor o lábio inferior ao superior

Durante a cinesioterapia é indicada a utilização de um espelho para que o paciente possa reproduzir cada movimento ensinado pelo fisioterapeuta, até certificar-se de que ele é capaz de o fazer. Os exercícios cinesioterápicos são praticados tanto na clínica quanto em casa, pelo menos, duas vezes por semana.

A fisioterapia dispõe de vários recursos para o tratamento da paralisia facial periférica, tendo a termoterapia; massoterapia; eletroterapia; cinesioterapia e crioterapia (LUCENA, 1993). Segundo LEITÃO (1972), os recursos eletroterápicos são relativamente valiosos para o tratamento da paralisia facial, como a iontoforese, a faradização muscular, a termoterapia. A cinesioterapia, a reeducação neuromuscular e a ginástica facial também contribuem para a reabilitação.

CRACANIN (1988) indica a eletroestimulação funcional (FES) para fortalecimento muscular e prevenção de atrofia e LIANZA (1993) no condicionamento muscular, na redução da espasticidade e na reorganização do ato motor. Segundo SOBRINHO (1992), a FES permite uma entrada seletiva e receptiva aferente até o nível do SNC que ativa não só a musculatura local, como também os mecanismos reflexo necessários para a reorganização da atividade motora e movimentos que estão prejudicados. No entanto, para a utilização da FES é necessário a integridade muscular e do neurônio motor periférico. A colocação dos eletrodos deve ser sobre os pontos motores musculares específicos à contração desejada, ou sobre os ramos nervosos (KOTTKE & LEHMANN, 1997).

O uso da crioterapia na paralisia facial pode causar um grande relaxamento pela inibição neuromuscular ao estímulo e um maior fluxo sanguíneo localizado, em função da diferença de temperatura entre a pele resfriada e o meio ambiente (LUCENA, 1993).

Já a massoterapia tem por finalidade, alongar a musculatura contraída, aumentar a tonicidade da musculatura relaxada, aumentar o aporte sanguíneo à região massageada e proporcionar uma melhor absorção dos produtos oriundos do metabolismo celular (LUCENA, 1993).

Para iniciar o tratamento através da facilitação neuromuscular proprioceptiva (FNP), deve-se seguir os princípios desta técnica como, a execução do movimento que é feito em toda a sua extensão. Os movimentos devem ser bilaterais por causa da simetria facial e deve-se fazer a facilitação por meio do reflexo de estiramento. O início do movimento deve ser feito em frente ao espelho para melhor controle do paciente e a tarefa da musculatura ocorre contra resistência (REICHEL, 1998).

Considerando a rápida instalação de seqüelas nos quadros de paralisia facial periférica gerando danos físicos, emocionais e sociais, que muitas vezes se tornam irreversíveis devido a não intervenção de uma terapia adequada como a utilização de recursos fisioterapêuticos, e o desconhecimento de alguns profissionais da área médica e da população, foi realizado este trabalho que teve como objetivo demonstrar o resultado e/ou a evolução do quadro clínico mediante a utilização dos recursos fisioterapêuticos em uma paciente com paralisia facial periférica idiopática.

#### Relato de Caso

Paciente D.C.S., sexo feminino, 14 anos de idade, solteira, cor branca, residente na zona rural da região de

Umarama – PR, apresentou-se com quadro de paralisia facial periférica com indicação para fisioterapia no dia 28/01/2002.

Durante a anamnese, a paciente relatou que no dia 02/01/2002 apresentou início de otite no período da noite. No dia seguinte pela manhã, a otite se intensificou e ao se observar no espelho, percebeu que a hemiface direita encontrava-se edemaciada e a musculatura paralisada pois não era possível fechar os olhos e a boca. Presença de lacrimejamento contínuo, boca seca, dificuldade de comer e sensibilidade gustativa alterada.

A otite permaneceu durante dez dias e evoluiu com perda de todos os movimentos da hemiface direita. No dia 25/01/2002, ou seja, vinte e três dias após a instalação da patologia, a paciente foi consultada por um médico pediatra que orientou que utilizasse um colírio para os olhos e encaminhou para a fisioterapia com diagnóstico de paralisia facial idiopática com hipótese de otite por virose ou choque térmico, não prescrevendo nenhum medicamento.

Realizou-se uma avaliação detalhada dos músculos da face, tendo como referência o método de Lovett apud KENDAL (1995), (Tabela 1 e Figuras 1A, 2A, 3A e 4A). Foi realizado teste de sensibilidade e reflexos, sendo estes todos diminuídos.

Sob consentimento da mãe e da paciente, foi assinado um termo de autorização para fotografar a paciente afim de comparar a evolução do quadro, ciente de estar participando de um trabalho de conclusão do curso de especialização (anexo).

A paciente foi submetida às sessões de fisioterapia durante três meses, sendo que nas primeiras três semanas foram realizadas sessões diárias e após estas, realizou-se três vezes por semana perfazendo um total de 32 sessões com duração de 45 minutos a 1 hora.

A conduta fisioterapêutica adotada foi aplicação da FES de 5 minutos em cada quadrante da face (superior, médio e inferior), posicionando um eletrodo no final do ramo do nervo facial e outro na raiz do mesmo.

Foi associado o alongamento e massoterapia, estímulo com gelo, FNP, reflexo de estiramento e cinesioterapia. Todos os exercícios cinesioterápicos foram realizados em frente ao espelho obedecendo a ordem inicial do alongamento intrabucal, com a utilização de luvas, e da face seguido de mobilização passiva. Estimulou-se com gelo três movimentos consecutivos de cada músculo a favor do trabalho da musculatura solicitada. O trabalho de FNP foi feito exercendo uma força de contração contra a resistência. Reflexos de estiramento foram associados à 10 repetições de exercícios cinesioterápicos ativo-livres de cada músculo.

No final foi recomendado que realizasse todos os exercícios cinesioterápicos 2 vezes ao dia com 10 repetições cada. E orientações para utilizar gomas de mascar e mastigar os alimentos do lado comprometido, encher bexigas, soprar bolinhas de sabão e assoviar.

O acompanhamento do resultado do tratamento fisioterapêutico foi feito embasado no sistema de Lovett apud KENDALL (1995), publicada em 1932, na qual introduziu um método de prova e graduação da força muscular, usando a gravidade como resistência (os resultados são observados na Tabela 2 e nas Figuras 1B, 2B, 3B e 4B).

**Discussão**

A paralisia facial periférica apresenta-se com grande incidência e torna-se um quadro comumente encontrado nas

clínicas de fisioterapia. Segundo NITRINI & FORTINI (1991), a paralisia facial é parcial em 30% dos casos e completa em 70%, de acordo com o número de músculos comprometidos. Em nosso estudo acreditamos que houve uma paralisia facial completa pois através do relato da paciente,

**TABELA 1** - Teste de força para os músculos da face, antes do tratamento fisioterapêutico segundo o método de Lovett *apud* KENDALL *et al*, (1995).

Músculos da Face	Gradação de Força Muscular					
	Nula	Traço	Fraca	Regular	Boa	Normal
Occipitofrontal, ventre frontal				X		
Corrugador do supercílio		X				
Orbicular do olho			X			
Nasal – parte alar	X					
Pterigóideo med. E lat.	X					
Risório		X				
Orbicular da boca	X					
Abaixador do ângulo da boca	X					
Levantador do lábio superior	X					
Mental		X				
Levantador do lábio sup. + abaixador do lábio inf.	X					
Supra-hióideos					X	

Fonte: Kendall *et al*, 1995.

**Legenda:**

Nula – não se sente contração nenhuma.

Traço – pode-se sentir o enrijecimento muscular, mas não consegue produzir movimento.

Fraca – produz movimento com a gravidade eliminada, mas não é capaz de funcionar contra a gravidade.

Regular – consegue elevar a parte contra a gravidade.

Boa – pode elevar a parte contra resistência externa bem como contra a gravidade.

Normal – é capaz de superar maior quantidade de resistência do que um músculo bom.

**TABELA 2** - Teste de força para os músculos da face, depois do tratamento fisioterapêutico segundo o método de Lovett *apud* KENDALL *et al*, (1995).

Músculos da Face	Gradação de Força Muscular					
	Nula	Traço	Fraca	Regular	Boa	Normal
Occipitofrontal, ventre frontal						X
Corrugador do supercílio						X
Orbicular do olho					X	
Nasal – parte alar			X			
Pterigóideo med. E lat.		X				
Risório						X
Orbicular da boca		X				
Abaixador do ângulo da boca				X		
Levantador do lábio superior					X	
Mental					X	
Levantador do lábio sup. + abaixador do lábio inf.			X			
Supra-hióideos						X

Fonte: Kendall *et al*, 1995.

**Legenda:**

Nula – não se sente contração nenhuma.

Traço – pode-se sentir o enrijecimento muscular, mas não consegue produzir movimento.

Fraca – produz movimento com a gravidade eliminada, mas não é capaz de funcionar contra a gravidade.

Regular – consegue elevar a parte contra a gravidade.

Boa – pode elevar a parte contra resistência externa bem como contra a gravidade.

Normal – é capaz de superar maior quantidade de resistência do que um músculo bom.



FIGURA 1A – Corrugador do supercílio



FIGURA 1B – Corrugador do supercílio



FIGURA 2A – Orbicular do olho



FIGURA 2B – Orbicular do olho



FIGURA 3A - Risório



FIGURA 3B - Risório



FIGURA 4A – Levantador do lábio sup. mais abaixador do lábio inf.



FIGURA 4B – Levantador do lábio sup. mais abaixador do lábio inf.

por ocasião do início do quadro, houve comprometimento de toda hemiface direita, apesar de que, por ocasião do começo do tratamento já apresentar-se como parcial, esta classificação está de acordo com GREENBERG *et al*, (1996). Provavelmente, houve regressão do comprometimento nervoso através de respostas fisiológicas que induziram a um retorno da ação muscular da região frontal e parcialmente da região orbital, possivelmente graças a redução do quadro inflamatório.

Segundo relato da paciente no início da doença, apresentava dificuldade em fechar os olhos, chegando a mantê-los abertos mesmo durante o sono. O fato da evolução de uma paralisia facial total para parcial não indica no entanto que esta doença possua auto-resolução, pois após 26 dias do início dos sintomas, quando iniciou o tratamento fisioterapêutico ainda permanecia com a grande maioria dos músculos comprometidos. O fato do quadro iniciar-se como paralisia facial total concorda com NITRINI & FORTINI

paralisia facial total concorda com NITRINI & FORTINI (1991) quando afirmam que esta forma da doença representa a grande maioria dos casos.

O início do quadro da paralisia facial ocorreu no mês de janeiro, durante o verão. A região Noroeste do Paraná, onde a paciente reside, apresenta temperaturas elevadas durante o verão assim como um clima chuvoso, no entanto durante o período do início dos sintomas houve uma queda atípica de temperatura que ficou em min. 20° e máx. 31° quando o esperado para este período do ano é uma temperatura média de 35°. Segundo LUCENA (1993) a paralisia facial periférica é mais intensa em climas frios e chuvosos, sendo mais freqüente no inverno do que no verão. Provavelmente, como houve uma queda de temperatura no verão este fato pode ter sido uma somatória para o início do quadro.

Segundo NITRINI & FORTINI (1991) e HUNGRIA (1995), diversas são as causas da paralisia facial periférica destacando-se as de origem infecciosa como a otite média causada por diversos agentes etiológicos. Isto se dá pela relação anatômica existente entre o VII par de nervos cranianos, o nervo facial e o ouvido, já que este penetra no meato acústico interno e atravessa o osso temporal. A paciente em questão apresentou na noite de véspera do início dos sintomas de otite que se agravou no dia seguinte quando acompanhada pela paralisia facial periférica. HUNGRIA (1995) afirma como na otite média a inflamação da cavidade timpânica se estende diretamente ao nervo facial, sendo provavelmente o que originou a paralisia facial periférica neste caso. No entanto como o tratamento médico e diagnóstico demorou 23 dias, não foi possível verificar o tipo de otite nem sua causa, o que contribuiria com o tratamento.

Segundo ALMEIDA (1992) o início da fisioterapia deve ser após 10 a 12 dias do início dos sintomas. Segundo este autor na fase aguda o nervo facial encontra-se edemaciado e isquemiado e uma sobrecarga de estímulos pode levar a uma alteração na camada de mielina provocando reinervação em locais indesejáveis com conseqüente sincinesias e espasmos. Esta visão moderna difere da opinião de LEITÃO (1972) que afirmava que o tratamento fisioterapêutico deveria ser precoce pois aproveitava-se as possibilidades de atuação eficiente sobre músculos e nervos. A discordância entre estes autores deve-se a evolução da neurociência que sofreu grande desenvolvimento nas duas décadas que os separam levando a compreensão dos mecanismos de plasticidade neuronal como os que ocorrem quando há formação de espasmos e sincinesias. Se por um outro lado o retardo no início do tratamento desta paciente fez com que os resultados fossem lentos, por outro lado houve uma resolução do quadro inflamatório do nervo garantindo que no final do tratamento a paciente não apresentasse espasmos e sincinesias.

Na paralisia facial observa-se comumente o comprometimento das funções motoras dos músculos da expressão facial que variam em intensidade de acordo com a etiologia e com características pessoais dos pacientes. Neste estudo realizou-se a avaliação detalhada de todos os músculos da face percebendo que os mais comprometidos foram os músculo nasal, pterigóideos, orbicular da boca, abaixador do ângulo da boca, levantador do lábio superior e abaixador do lábio inferior, que ao realizar o teste de força não apresentaram nenhuma contração. Estas observações concordam com as descrições de HUNGRIA (1995) e LEITÃO (1972) que

afirmam que o comprometimento do nervo facial leva a uma assimetria da face, redução dos sulcos e linhas de tensão entre outros.

O nervo facial, além das funções motoras possuem as funções reflexas, HUNGRIA (1995) enfatiza o sinal de Bell caracterizado pelo desvio do globo ocular para cima e para fora. Neste relato observamos sinais característicos do sinal de Bell e uma redução nos reflexos nasopalpebral, palpebral, cocleopalpebral, visuopalpebral, trigeminopalpebral e corneopalpebral, concordando com a descrição de HUNGRIA (1995) para os casos de paralisia facial. Quando questionada quanto a sensibilidade gustativa, a paciente referiu que a mesma permaneceu praticamente inalterada durante todo o quadro, o que segundo HUNGRIA (1995) indica que a lesão do nervo se localiza abaixo da emergência do mesmo na cavidade timpânica, portanto tratando de um comprometimento periférico infranuclear (SANVITO, 1998).

Ao procurar acompanhamento médico a paciente foi encaminhada para a fisioterapia, 26 dias depois do início dos sintomas sem prescrição de medicamento. Segundo DAVIDSON (1986) indica-se o uso de pomadas antibióticas visando alterações oculares, e de acordo com MANGABEIRA-ALBERNAZ (1981) e FENICHEL (1995) o colírio pode prevenir ulcerações de córnea. Como a paciente em questão já havia atravessado o período mais crítico de comprometimento oculares sem a formação de úlceras de córnea ou outras alterações oculares, não havia justificativa para o uso de pomadas oftálmicas, mas utilizou colírio para melhorar a lubrificação. Deve-se salientar que provavelmente esta paciente tenha tido riscos de lesão de córnea pois relata que nos primeiros dias mantinha o olho direito permanentemente aberto, o que reforça a necessidade de procura de serviços de saúde quando do início dos sintomas. O uso de outros medicamentos com os corticóides também tem aplicação no início do quadro de paralisia facial (MANGABEIRA-ALBERNAZ, 1981; FENICHEL, 1995 e HUNGRIA, 1995) e visam a redução do quadro inflamatório instalado. Como houve demora no diagnóstico e tratamento, não há justificativa para o uso tardio de anti-inflamatórios.

A única forma de tratamento realizado foi a fisioterapêutica. Aplicou-se a FES durante todo o tratamento que se estendeu por 32 sessões. Segundo LIANZA (1993) a aplicação da FES tem dado bons resultados em todas as formas de paralisia facial, já que é indicado para fortalecimento e prevenção da atrofia muscular (CRACANIN, 1988), e na reorganização do ato motor (LIANZA, 1993). Os eletrodos foram colocados sobre os ramos do nervo facial segundo orientação de KOTTKE & LEHMANN (1997). A utilização da FES estimula as vias aferentes contribuindo com a ativação da musculatura e inervação local (SOBRINHO & BATISTELLA, 1992).

Associando-se ao uso da FES, em busca de uma melhor evolução do quadro, utilizou-se a cinesioterapia em todas as sessões com recomendação de repetição domiciliar. A crioterapia foi utilizada realizando-se três movimentos consecutivos de cada músculo à favor do trabalho muscular, o que segundo LUCENA (1993) induz a uma inibição neuromuscular com conseqüente relaxamento muscular e aumento do fluxo sanguíneo. A F.N.P. foi realizada seguindo os princípios descritos por REICHEL (1998).

Após 32 sessões de fisioterapia com a associação dos

métodos descritos acima obteve-se significativa melhora, não permanecendo nenhum músculo desprovido de contração e melhorando a ação dos demais músculos, dos quais quatro apresentaram função normal e três função considerada boa. No entanto, não foi possível induzir a uma melhora completa de todo o quadro com o número de sessões realizadas, provavelmente pela demora no diagnóstico e início do tratamento. Cogita-se a necessidade de ampliar o número de sessões visando a redução das pequenas seqüelas. Salienta-se que há pacientes que permanecem com alterações musculares insolúveis. No entanto, observa-se que os resultados obtidos colaboraram com a redução da assimetria da face, da força de contração e conseqüentemente da qualidade de vida dessa paciente. Discordamos completamente de MANGABEIRA-ALBERNAZ (1981) quando descreve que a fisioterapia é totalmente inútil ou francamente prejudicial, pois os músculos da face não perdem seu tônus. Acreditamos, que as possibilidades de resolução fisiológica do quadro ocorreram nos primeiros 26 dias e neste período houve melhora apenas parcial dos sintomas, porém permaneceu um quadro característico de paralisia facial periférica. Os resultados do tratamento fisioterapêuticos, apoiam o fato da importância da fisioterapia na recuperação da função muscular e prevenção da atrofia muscular.

### Conclusão

Através deste relato de caso, foi possível demonstrar a melhora do quadro da paciente com paralisia facial periférica através da intervenção fisioterapêutica na fase crônica, demonstrado a importância do trabalho da fisioterapia. A melhora não foi completa provavelmente pela ausência do tratamento na fase aguda. Acredita-se na necessidade de aumentar o número de comprovações através de pesquisas realizadas para demonstração dos reais benefícios dos recursos fisioterapêuticos, levando a um consenso sobre sua importância.

### Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M.A.M. Paralisia facial periférica em Petrópolis. *Arq. Neuro-psiquiat* 50 (1): 60-64, 1992.

CRACANIN, F. Aplicação das correntes de baixa frequência em medicina física e reabilitação com ênfase especial em estímulo elétrico funcional. *Rev. Medicina de reabilitação*, 20(21): 18-23, 1988.

DAVIDSON, T.M. *Manual de otorrinolaringologia: cirurgia da cabeça e pescoço*. São Paulo: Roca, 1986. 173 p.

FENICHEL, G.M. *Neurologia pediátrica: sinais e sintomas*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 373 p.

GREENBERG, D.A.; AMINOFF, S.M.; SIMON, R.P. *Neurologia clínica*. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 187 p.

HUNGRIA, H. *Otorrinolaringologia*. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 351 p.

KENDALL, F.P.; MC CREARY, E.K.; PROVANCE, P.G. *Músculos provas e funções*. 4.ed. São Paulo: Manole, 1995. 188 p.

KOTTKE, F.J.; LEHMANN, J.F. *Tratado de medicina física e reabilitação*. 4.ed. São Paulo: Manole, 1997. 99 p.

LEITÃO, A. *Reabilitação neurológica*. Rio de Janeiro: Artenova, 1972. 99 p.

LIANZA, S. *Estimulação elétrica funcional – FES e reabilitação*. São Paulo: Atheneu, 1993.

LUCENA, A. C. T. *Fisioterapia na paralisia facial periférica*. São Paulo: Lavise, 1993. 95p.

MANGABEIRA-ALBERNAZ, P. *Otorrinolaringologia prática*. 10.ed. São Paulo: Sarvier, 1981. 281 p.

NITRINI, R.; FORTINI, I. Urgências neurológicas. In: NITRINI, R.; BACHESCHI, L. A. *A neurologia que todo médico deve saber*. 4.ed. São Paulo: Santos, 1991. 281 p.

REICHEL, M.S. *Método Kabat: facilitação neuromuscular proprioceptiva, conceito, método, técnica*. São Paulo: Premier, 1998. 161 p.

SANVITO, W.L. *Propedêutica neurológica básica*. São Paulo: Atheneu, 1998. 152 p.

SOBRINHO, J.B.R.; BATISTELLA, L. *Hemiplegia – reabilitação*. São Paulo: Atheneu, 1992.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANATOMIA. *Terminologia anatômica*. São Paulo: Manole, 2001.

Recebido para publicação em: 06/08/2002.

Received for publication on 06 August 2002.

Aceito para publicação em: 20/10/2002.

Accepted for publication on 20 October 2002.