

ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA: RELATO DE CASO

Ana Claudia Coelho Soares*
Luciane Rosa da Silva*
Sonia Maria Marques Gomes Bertolini**

SOARES, A. C. C.; SILVA, L. R.; BERTOLINI, S. M. M. G. Atuação da fisioterapia na paralisia facial periférica: relato de caso. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 6(3): p. 171-176, 2002.

RESUMO : A Paralisia Facial Periférica, resultante da lesão do VII par de nervo craniano, ocorre igualmente em ambos os sexos e independentemente da faixa etária. A instalação desta paralisia costuma ser rápida e unilateral. Possui diagnóstico simples, porém ressalta-se a necessidade de afastar-se todas as outras possibilidades da Paralisia Facial Periférica. Com o objetivo de demonstrar os benefícios da fisioterapia em uma paciente com Paralisia Facial Periférica Idiopática realizou-se este trabalho. Trata-se de uma pesquisa de coletas de dados que contou com a participação da paciente R.M.M. A paciente foi submetida a dez sessões de fisioterapia diárias com duração de aproximadamente 45 minutos, após o terceiro dia de instalação do quadro da paralisia. O tratamento baseou-se em Corrente Diadinâmica e Russa nos três primeiros dias e após exercícios de alongamento de fâscias da musculatura facial e massoterapia. Os parâmetros utilizados para avaliar a evolução foram provas de força para músculos da expressão facial. Resultados satisfatórios com as técnicas utilizadas foram observados no sétimo dia de tratamento. No estudo de caso apresentado ficou comprovado o benefício da fisioterapia na Paralisia Facial Periférica que foi demonstrado através da rápida recuperação da paciente, o que preveniu a instalação de possíveis deformidades. Para concluir gostaríamos de chamar a atenção para a importância da intervenção precoce da fisioterapia.

PALAVRAS-CHAVE: fisioterapia; nervo facial; paralisia Facial Periférica.

ACTION OF PHYSIOTHERAPY IN PERIPHERAL FACIAL PARALYSIS: CASE REPORT

SOARES, A. C. C.; SILVA, L. R.; BERTOLINI, S. M. M. G. Action of physiotherapy in peripheral facial paralysis: case report. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, 6(3): p. 171-176, 2002.

ABSTRACT : The Peripheral Facial Paralysis, resultant of the lesion of cranial nerve VII, happens equally in both sexes and independently of the age group. The installation of this paralysis uses to be fast and unilateral. It has a simple diagnosis, but it is necessary to reject all the other possibilities of Peripheral Facial Paralysis. This work was designed with the objective of demonstrating the benefits of the physiotherapy in a patient with Idiopathic Peripheral Facial Paralysis. It is a research of data collection that had the participation of patient R.M.M. The patient was submitted to ten daily physiotherapy sessions lasting about 45 minutes each, after the third day of installation of the paralysis. The treatment was based on Diadynamic and Russian Chain in the first three days and then exercises of fascial lengthening of the facial musculature and massotherapy. The parameters used to evaluate the evolution were tests of force for muscles of the facial expression. Satisfactory results with the used techniques were observed in the seventh day of treatment. In the case study presented the benefits of the physiotherapy in the Peripheral Facial Paralysis was demonstrated through the patient's fast recovery, which prevented the installation of possible deformities. Attention has to be paid to the importance of the precocious intervention of the physiotherapy.

KEY WORDS: facial nerve; Peripheral Facial Paralysis; physiotherapy.

Introdução

A Paralisia Facial Periférica (P.F.P) caracteriza-se pela paralisia do conjunto de músculos de uma hemiface afetando a mobilidade voluntária, automática e reflexa. Segundo GREENBERG *et al* (1996), esta fraqueza facial é do tipo neurônio motor inferior causada pelo envolvimento idiopático do nervo facial fora do SNC, sem evidência de doença neurológica mais disseminada. MANGABEIRA (1981) designa a P.F.P como uma lesão do nervo e não do núcleo como ocorre na Paralisia Facial Central. Segundo NITRINI (1999), a musculatura mímica da face é innervada pelo nervo facial (VII par de nervo craniano) o qual de acordo com MUNHOZ (1992)

é o nervo motor periférico com maior incidência de paralisia devido à característica de possuir um trajeto de 30mm dentro de um canal ósseo. SANVITO (1996) designa que o nervo facial inerva toda a musculatura da mímica, com exceção do músculo elevador da pálpebra superior. Este, além da inervação motora, é responsável pela sensibilidade tátil, térmica e dolorosa da parte do pavilhão auditivo, conduto auditivo externo e tímpano. NITRINI (1999) descreve que o nervo facial possui fibras aferentes relacionadas principalmente com a sensibilidade gustativa dos 2/3 anteriores da língua e fibras eferentes parassimpáticas que se dirigem as glândulas salivares e lacrimais, além das fibras motoras que abrem-se

*Acadêmicas do 4º ano de Fisioterapia da Universidade Paranaense.

**Fisioterapeuta, Docente do Departamento de Ciências Morfológicas da Universidade Estadual de Maringá e do Curso de Fisioterapia da Universidade Paranaense.

Endereço Luciane Rosa da Silva: Avenida Brasil, 2545, Cascavel-PR, 85808-140, luciane-rosa@bol.com.br

Endereço Ana Claudia Coelho Soares: Visconde do Rio Branco, 2982, ap.12, Cascavel-PR, 85802-290, anasoares@unipar.br.

como um leque para inervar a musculatura mímica de toda a face.

Na fisiopatologia, MUNHOZ (1992) classifica as lesões do nervo facial de acordo com diversos graus de intensidade. O grau causador de lesão mais leve é chamado de Neuropraxia, onde por uma ação de um agente causador existe uma interrupção localizada da condução nervosa, porém, preservando a integridade estrutural. Embora completamente paralisado, o nervo responde a estímulos e conduz impulsos acima e abaixo da lesão. O fato de máxima importância é que não ocorre degeneração, e cessada a causa a recuperação é total. O segundo grau de lesão é a Axonotmese, onde há perda da continuidade do axônio, porém o tecido conectivo (endoneuro) permanece intacto. Ocorre degeneração Walleriana distalmente a zona lesada, e a regeneração se processa à velocidade aproximada de um milímetro por dia. O grau mais intenso é a Neurotmese, onde existe lesão axonal, endoneuro e bainha de mielina. Com a perda dos tubos de orientação fornecidos pelo endoneuro, a recuperação não ocorre de maneira perfeita; ocorrendo sincinesia e movimento de massa. Quando ocorre uma lesão axonal, acontecem fatores simultâneos, onde a ponte lesada do axônio começa a sofrer afinamento e por transporte neural recebe grande quantidade de enzimas. Ao mesmo tempo no corpo celular ocorrem transferências intensas no sentido de aumentar a produção de proteína, que será carregada via transporte axonal à ponte do axônio lesado. Mecanismos de reabsorção do axônio lesado também são ativados de forma que o rastro deixado por esta reabsorção servirá de roteiro para o novo crescimento axonal. Esta rota é chamada de linhas de Bungner. Desta forma nota-se que o corpo celular em continuidade com o axônio é extremamente importante para a regeneração. Finalmente, é importante a diferença da musculatura facial de outros músculos, pois mesmo após muitos anos de desnervação continua apta a receber novas terminações nervosas e reconstituir, ainda que de forma anômala, suas placas mioneurais não se atrofiam.

FORSTER (1969), GREEMBERG *et al* (1996) e MARTINS & LIMA (1999) ressaltam que a contratura é uma complicação da Paralisia Facial Periférica, sendo que MARTINS & LIMA (1999) comentam que quando há destruição das fibras nervosas que suprem os músculos, estas podem começar a atrofiar-se degenerando quando o retorno da função muscular for lenta.

MARTINS & LIMA (1999) descrevem sinais e sintomas detalhando que a instalação da P.F.P costuma ser rápida e o paciente percebe ao despertar. É comum que o quadro clínico no seu início é acompanhado de dor retroauricular no lado da paralisia. A paralisia costuma ser unilateral havendo desvio de traços fisionômicos para o lado sã, piscar ausente ou menos evidente do lado comprometido, sulcos da pele pronunciado do lado paralisado e fenda orbicular das pálpebras, a secreção lacrimal se coleta e escorre pela face do lado paralisado. Observa-se que ao realizar movimentos no território da face como, mostrar os dentes, a boca sofre desvio e adquire uma forma ovalada; ao cerrar fortemente os olhos do lado comprometido, a contração é mais fraca ou não existente; ao levantar as sobrancelhas, não há enrugamento do lado paralisado. O Sinal de Bell ocorre quando o paciente fecha os olhos e há um desvio dos globos oculares para fora, aspecto visível no lado afetado pelo lagofalmo.

O paciente relata também dificuldades para mastigar, assoprar ou assobiar; pode ocorrer disartria (dificuldades em pronunciar as consoantes labiais e labiodentais). SANVITO (1996) complementa que o sinal de Negro é designado quando o globo ocular do lado paralisado excursiona mais no sentido vertical que o do lado sã quando o paciente olha para mímica e o lábio inferior evertido. Através de um estudo constata-se que a porção mais comumente afetada do nervo está no interior do osso temporal (FENICHEL, 1993). Quando a lesão acomete fibras do nervo intermédio pode haver déficit da gustação dos 2/3 anteriores da língua e redução da secreção lacrimal.

As etiologias citadas na literatura são idiopática (mais comum), vasculoesquêmica (a frigore), traumática, congênita, tumoral, afecções neurológicas, causas psicossomáticas, em gestantes, e processos infecciosos: viral (*herpes zooster oticus*); bacteriana (otite média), sífilis e tuberculose (HUNGRIA, 1995; DAVIDSON, 1986; THOMSON *et al*, 1999; NITRINI, 1999; LEITÃO, 1972; MARTINS & LIMA, 1999; GREEMBERG *ET AL*, 1996; ALMEIDA, 1992; MUNHOZ, 1992).

A Paralisia Facial Periférica de acordo com MARTINS & LIMA (1999) e ALMEIDA (1992) afeta homens e mulheres proporcionalmente em qualquer faixa etária sendo que já ALMEIDA (1992) observa uma maior incidência de Paralisia Facial Periférica em indivíduos com média de 35,51 anos. Para NITRINI (1999), a incidência ocorre na proporção de 23 habitantes por ano, tendo início súbito, sendo que metade dos casos têm paralisia completa estabilizada em 48 horas. Metade dos pacientes queixam-se de dor ao nível do processo mastóide, um a dois dias antes da paralisia. ALMEIDA (1992) demonstra em um estudo que 25% dos seus pacientes chegaram com dores na mandíbula, na face inespecífica e alterações gustativas. Os picos da Paralisia Facial Periférica ocorreram no mês de maio e outubro e suas conclusões de acordo com a mudança de temperatura são: 31,1% no inverno, 30,12% na primavera, 24,09% no outono e 14,4% no verão.

Para diagnosticar a P.F.P., a história e o exame físico são imprescindíveis (MUNHOZ, 1992; VOSS *et al*, 1998; ALMEIDA, 1992; MANGABEIRA, 1981; HUNGRIA, 1995). Segundo ALMEIDA (1992), os exames de rotina compreendem: exame clínico, laboratorial e RX do crânio. Este autor e HUNGRIA (1995) citam a eletromiografia e a ressonância magnética como exames complementares.

NITRINI (1999) e VOSS *et al* (1998) relatam um bom prognóstico para a F.N.P, sem instalação de sequelas, porém em casos raros pode-se ter indícios de mal prognóstico. DAVIDSON (1986) argumenta que se o prognóstico for pobre, devido o nervo ser eletricamente não condutor, uma cirurgia do nervo facial no osso temporal para uma descompressão melhora a sua evolução. MUNHOZ (1992) apresenta testes baseados nas funções do nervo facial para ter-se um prognóstico preciso, sendo os mais utilizados os seguintes: teste de excitabilidade nervosa mínima, teste de excitabilidade máxima, eletroneuromiografia, eletromiografia, teste de condução nervosa, reflexo trigêmio-facial, reflexo estapédico, fluxo salivar e teste de Schirmer.

No tratamento clínico, FORSTERS (1996) orienta ao paciente a ter um cuidado com a córnea fechando as pálpebras com as mãos e massageando a musculatura envolvida; se necessário usar um gancho que passa pela orelha para suspender o canto da boca. DAVIDSON (1986) recomenda um

tapa olho durante a noite com o uso de pomadas antibióticas com lacrilube. O uso de colírios para prevenir úlcera de córnea e cegueira são indicados por MANGABEIRA (1981); DAVIDSON (1986); FENICHEL (1993). O uso de corticóides (dexametasona), papaverina e em alguns casos gangliosídeos (glicopídeos, ácidos graxos, N-acetil neuramínico e N-acetil glicosamina) foi comprovada por sua rápida recuperação (MANGABEIRA, 1981; DAVIDSON, 1986; HUNGRIA, 1995; ALMEIDA, 1992, FENICHEL, 1993). A cirurgia é usada para descompressão do nervo facial segundo MANGABEIRA (1981), DAVIDSON (1986), HUNGRIA (1995).

A fisioterapia é indicada para minimizar e evitar seqüelas na Paralisia Facial Periférica de acordo com vários autores especialistas no assunto (GREEMBERG *et al*, 1996; THOMSON *et al*, 1999; MARTINS & LIMA, 1999; LEITÃO, 1972; VOSS *et al*, 1998; DAVIDSON, 1986; FORSTER, 1969; KOTTKE & LEHMANN, 1997). ALMEIDA (1992) recomenda após dez ou doze dias, depois da instalação do quadro clínico, iniciar fisioterapia feita pelo próprio paciente. HUNGRIA (1995) ressalta que o tratamento com corrente galvânica é ineficaz. Já MANGABEIRA (1981) argumenta que na opinião das maiores autoridades mundiais sobre o assunto é de que a fisioterapia varia de totalmente inútil a fracamente prejudicial.

De acordo com DOWNIE (1983), dentre as lesões dos nervos faciais que conduzem situações que requerem fisioterapia a P.F.P., é comumente observada pelo clínico geral. A avaliação fisioterapêutica é essencial para a decisão sobre as modalidades terapêuticas a utilizar. A mais usada é a prova de força para os músculos da face; o fisioterapeuta deve ainda realizar regularmente esta avaliação (THOMSON *et al*, 1999). A fisioterapia atua em diversas formas e utiliza vários recursos como: eletroterapia, termoterapia, crioterapia, massoterapia e cinesioterapia.

LUCENA (1993) ressalta que dos meios artificiais empregados na terapêutica da paralisia facial periférica a eletroestimulação é o que mais se aproxima do natural, pois são de natureza elétrica os estímulos transmitidos através do feixe nervoso. VOSS *et al* (1998) recomendam a estimulação elétrica após 20 dias; DOWNIE (1987), contradizendo VOSS preconiza a estimulação elétrica com grande valor durante as primeiras seis semanas após o início da paralisia. Por outro lado, MANGABEIRA (1981) e ALMEIDA (1992) acham que a estimulação elétrica produz alterações das placas mioneurais, dando origem a espasmos desagradáveis para o paciente pois acreditam que a eletroterapia é prejudicial, porque ao contrário dos músculos de outras partes do corpo os da face não perdem o seu tônus, por isso não há necessidade de contrai-los eletricamente para evitar a atrofia.

Quanto à termoterapia, alguns autores acreditam que esta é uma forma simples e eficaz de se combater a hipertonicidade, podendo ser aplicada sob a forma de calor úmido ou calor seco (LUCENA, 1993; THOMSON *et al*, 1999; LEITÃO, 1972).

LUCENA (1993) discute a utilização da crioterapia, uma vez que o gelo causa um grande relaxamento pela inibição neuromuscular ao estímulo e um maior fluxo sanguíneo localizado dando um bom resultado. No entanto, alguns pacientes apresentam edema e reações alérgicas em contato com o gelo.

A massoterapia apesar de ser antiga ainda tem um lugar importante no programa de tratamento da P.F.P. Esta tem por

finalidade alongar a musculatura contraída, aumentar a tonicidade da musculatura relaxada, aumentar o aporte sanguíneo e proporcionar um aumento do metabolismo celular (LUCENA, 1993; DOWNIE, 1987; THOMSON *et al*, 1994; MARTINS & LIMA, 1999; LEITÃO, 1971; HUNGRIA, 1995; FORSTER, 1969).

Na literatura observa-se que a cinesioterapia é o tratamento mais eficaz, por isso o paciente deve realizá-la pelo menos duas vezes ao dia. Durante o tratamento é indicada a utilização de um espelho, facilitando a conscientização visual, é utilizado técnicas de movimentos cinesioterápicos para recuperar os músculos da mímica, respeitando o esquema corporal, fazendo a tomada de consciência dos músculos afetados, respeitando o eixo de simetria e reeducando sincinesias. É necessário ao fisioterapeuta compreender a função de cada músculo da mímica e saber reproduzir o seu movimento, afim de poder ensinar ao paciente os exercícios cinesioterápicos para que ele os faça, tanto na clínica quanto em casa (LUCENA, 1992; DOWNIE, 1987; THOMSON *et al*, 1999; MARTINS & LIMA, 1999; LEITÃO, 1972; ALMEIDA, 1992; VOSS *et al*, 1998; REICHEL, 1998).

Considerando a rápida instalação de seqüelas nos quadros de Paralisia Facial Periférica 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, gerando danos físicos, emocionais e sociais, foi realizado este trabalho que teve como objetivo demonstrar os benefícios da fisioterapia em uma paciente com P.F.P.

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 25 anos de idade, solteira, estudante de fisioterapia, apresentou-se com quadro de Paralisia Facial Periférica Idiopática, sendo admitida para tratamento fisioterápico no dia 22/05/00 na Clínica de Fisioterapia da UNIPAR. Com relação aos sinais vitais observou-se frequência respiratória de 12 ciclos por minuto, temperatura de 36^o; frequência cardíaca de 72 bpm e Pressão Arterial de 110 x 70 mmHg.

Na anamnese, a paciente relatou que no dia 19/05/00, sentia dor na região da ATM (articulação temporo mandibular) no período da noite. No dia seguinte, pela manhã, ao escovar os dentes observou que não conseguia cuspir; apresentava parestesia da língua e ausência da sensação gustativa na porção anterior do lado esquerdo. A paciente identificou que metade do seu campo visual apresentava-se turvo do lado esquerdo.

Três dias após os sintomas evoluíram com diminuição da força de contração do músculo frontal e orbicular do olho. No quarto dia após a instalação dos sintomas a paciente foi avaliada por um neurologista e diagnosticada a P.F.P idiopática com hipótese de choque térmico ou virose. Constatou-se neste dia fraqueza dos músculos da expressão facial da hemiface esquerda (Figura 1 A a 6 A e Tabela 1).

Uma avaliação fisioterapêutica detalhada dos músculos da face, incluindo um exame exploratório de gustação e temperatura do VII par de nervo craniano e provas de força para músculos da face foi realizada conforme KENDALL (1995) e HOPPENFIELD (1999) na data de admissão.

A paciente foi submetida à fisioterapia durante 2 semanas num período de 10 sessões com duração de

aproximadamente 45 minutos. O tratamento fisioterapêutico consistia de corrente diadinâmica nos 3 primeiros dias; exercícios de F.N.P (facilitação neuromuscular proprioceptiva) associado ao gelo, alongamento de fâscia da musculatura facial e massoterapia.

A Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva (F.N.P) na musculatura da face tem como princípios gerais a execução do movimento em toda sua extensão por meio do reflexo de estiramento, solicitando a tarefa da musculatura facial contra-resistência; realizando movimentos bilaterais por causa da simetria. Foi iniciado o movimento com a paciente sentada à frente do espelho solicitando o trabalho da musculatura da face. Antecedendo os exercícios, utilizou-se estimulação com gelo com três movimentos consecutivos a favor do trabalho da musculatura solicitada. Realizou-se 10 repetições de cada movimento. Na técnica de F.N.P., foram trabalhado os seguintes músculos com os respectivos procedimentos:

- Músculo Frontal: o fisioterapeuta pede para a paciente levantar o supercílio abrindo os olhos enquanto este realiza uma resistência súpero-lateral com os dedos acima do supercílio.
- Músculo Orbicular do olho: o fisioterapeuta puxa a pálpebra superior para súpero-lateral e a pálpebra inferior para ínfero-lateral, solicitando a paciente fechar os olhos.
- Músculo Nasal: é solicitado à paciente, enrugar o nariz enquanto o fisioterapeuta com os dedos lateralmente ao nariz resiste o movimento para ínfero-lateral, trabalhando a parte alar do músculo nasal; o fisioterapeuta com os dedos acima das narinas solicita a paciente abrir as narinas enquanto este realiza uma pressão para a parte medial.
- Músculo Levantador do lábio superior: é solicitado à paciente mostrar os dentes superiores enquanto o fisioterapeuta empurra o lábio superior para medial-inferior.
- Músculo Depressor do lábio inferior: solicita-se à paciente mostrar os dentes inferiores enquanto o fisioterapeuta

realiza uma resistência abaixo do lábio inferior para ínfero-medial.

- Músculo Orbicular da boca: solicita-se juntar os lábios como se fosse beijar, enquanto o fisioterapeuta realiza uma pressão súpero-lateral e ínfero-lateral com os dedos entreabertos nos cantos da boca.
- Músculo Zigomático: é solicitado sorrir com os lábios fechados enquanto o fisioterapeuta realiza uma resistência medial nos cantos da boca.
- Músculo Bucinador: o fisioterapeuta faz uso de uma luva, com os dedos colocados internamente no canto da boca puxa as diagonais para o lado, enquanto o fisioterapeuta realiza uma resistência contrária ao movimento solicitado.
- Músculo Zigomático maior: é solicitado à paciente sorrir mostrando os dentes enquanto o fisioterapeuta realiza uma resistência contrária ao movimento.

Após os exercícios de F.N.P foi realizado alongamento de fâscia da musculatura da face externamente e internamente com a utilização de luvas de látex como precaução.

No final da sessão de tratamento foi realizada uma massagem com a paciente sentada e o fisioterapeuta posicionado atrás apoiando a cabeça da paciente. A massagem teve início com suaves manobras de deslizamento tendo o queixo da paciente como ponto de partida, dirigindo-se de baixo para cima; em seguida; foram realizadas manobras de fricção (obedecendo os mesmos critérios de direção do queixo) em direção às temporas, do meio da frente em direção às orelhas e no ponto de emergência dos nervos cranianos. Dando continuidade fez-se pressão com as pontas dos dedos em movimentos circulares abrangendo a musculatura da face. Manobras de percussão muito suaves foram executadas com a ponta dos dedos a fim de dar estímulo no local; encerrando com manobras de deslizamento novamente.

Resultados:

Com o tratamento utilizado observou-se melhora na 7ª sessão na musculatura da mímica. (Figura 1B a 6B e Tabela 2).

TABELA 1 - Teste de força para os músculos da face, antes do tratamento fisioterapêutico.

Músculos da Face	Grau de força Muscular					
	0	1	2	3	4	5
M. Orbicular do olho	X					
M. Frontal	X					
M. Enrugador do Supercílio	X					
M. Próceros	X					
M. Nasal	X					
M. Levantador do ângulo da boca			X			
M. Depressor do ângulo da boca	X					
M. Zigomático Maior	X					
M. Elevador do Lábio Superior		X				
M. Depressor do Lábio Inferior	X					
M. Orbicular da Boca	X					
M. Bucinador	X					
M. Mentoniano	X					
M. Levantador da Pálpebra Superior					X	

LEGENDA: Grau de Eficiência Muscular (HOPPENFIELD, 1999)

Grau 0- Não há evidência de contratilidade;

Grau 1- Dificultado, evidência de pouca contratilidade, não havendo mobilidade articular;

Grau 2- Sofrível, movimentação completa eliminada a gravidade;

Grau 3- Mediano, movimentação completa contra a gravidade;

Grau 4- Bom, movimentação completa contra a gravidade e com alguma resistência;

Grau 5- Normal, movimentação completa contra a gravidade e com resistência total;

TABELA 2 - Teste de força muscular após a realização do tratamento fisioterapêutico (7ª sessão).

Músculos da Face	Grau de força Muscular					
	0	1	2	3	4	5
M. Orbicular do olho						X
M. Frontal						X
M. Enrugador do Supercílio						X
M. Próceros						X
M. Nasal						X
M. Levantador do ângulo da boca						X
M. Depressor do ângulo da boca						X
M. Zigomático Maior						X
M. Elevador do Lábio Superior						X
M. Depressor do Lábio Inferior						X
M. Orbicular da Boca						X
M. Bucinador						X
M. Mentoniano						X
M. Levantador da Pálpebra Superior						X

LEGENDA: Grau de Eficiência Muscular (HOPPENFIELD, 1999)

Grau 0- Não há evidência de contratilidade;

Grau 1- Dificultado, evidência de pouca contratilidade, não havendo mobilidade articular;

Grau 2- Sofrível, movimentação completa eliminada a gravidade;

Grau 3- Mediano, movimentação completa contra a gravidade;

Grau 4- Bom, movimentação completa contra a gravidade e com alguma resistência;

Grau 5- Normal, movimentação completa contra a gravidade e com resistência total

Discussão

Na literatura consultada poucos autores detalham sobre o tratamento fisioterapêutico empregado na P.F.P. e as orientações encontradas são controvertidas em relação às técnicas empregadas como gelo, eletroterapia, massagem e outras.

No tratamento apresentado no relato de caso, como recursos da eletroestimulação foram utilizadas a corrente diadinâmica e russa, somente nos 3 primeiros dias com o intuito de diminuir o edema no ramo do nervo facial e fortalecer os músculos da face como preconiza DOWNIE (1983) ao referir que a estimulação elétrica tem grande valor nas primeiras 6 semanas após o início da paralisia. Estes recursos não deram origem a espasmos desagradáveis à paciente ao contrário dos relatos de MANGABEIRA (1981) e ALMEIDA (1992).

O gelo foi usado com o propósito de obter-se um estímulo periférico da musculatura facial antes da técnica de Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva. Embora não encontrado o uso do gelo para esta finalidade na literatura consultada foi avaliada a sua aplicação na paciente e como esta não referiu incômodo a este estímulo, obtendo uma resposta favorável que auxiliou a contração da musculatura solicitada. LUCENA (1993) discute a utilização da crioterapia, pois esta apesar de causar relaxamento pela inibição neuromuscular ao estímulo, aumenta o fluxo sanguíneo localizado, produzindo em alguns pacientes edemas e reações alérgicas. A paciente em estudo não referiu incômodo a este estímulo obtendo uma resposta favorável o que auxiliou a contração da musculatura solicitada. Para aumentar a tonicidade da musculatura relaxada, melhorar a circulação e proporcionar um aumento do metabolismo foi utilizada a massoterapia, recurso terapêutico apesar de muito antigo, mas com grande destaque nos programas de reabilitação como enfatizado por diversos autores como LUCENA (1993), DOWNIE (1987), THOMSON *et al* (1994), MARTINS & LIMA (1999), LEITÃO (1971), HUNGRIA (1995) e FORSTER (1969).

A F.N.P foi realizada com uma resistência bilateral buscando uma simetria (REICHEL, 1998), embora LEITÃO (1972) resiste apenas do lado sadio.

Orientações foram dadas a paciente como o uso de óculos de sol, agasalhar-se nos dias frios, tomar bebidas pelo canudo, mascar chicletes e repetir os exercícios em casa na frente de um espelho, conforme recomendado por THOMSON *et al* (1999); LEITÃO (1972) e ALMEIDA (1992). Vale ressaltar que a paciente além de se submeter ao tratamento fisioterapêutico fez uso de complexo B, Aciclor e Decadron seguindo orientações médicas, interrompendo o uso dos medicamentos após o quarto dia, por referir mau estar com a utilização dos mesmos.

ALMEIDA (1992) recomenda o início da fisioterapia após 10 a 12 dias sendo desaconselhável iniciá-la durante a fase aguda, pois o nervo facial encontra-se edemaciado e isquêmico no momento da instalação da paralisia e uma sobrecarga de estímulo levará uma alteração de camada de mielina provocando reinervação em locais indesejáveis e consequentemente a sincinesias e espasmos. MARTINS & LIMA (1999) e LEITÃO (1972) são favoráveis ao início precoce, achando que é nesta ocasião que são aproveitadas possibilidades de atuação eficiente sobre músculos e nervos. Observou-se neste estudo de caso uma eficácia terapêutica na 1ª semana. De acordo com alguns autores a recuperação ocorre em torno de 1 a 2 meses, porém neste estudo, na 7ª sessão (2 semanas) foi observado um resultado satisfatório com as técnicas utilizadas.

Além da eficácia terapêutica, esta técnica apresenta uma vantagem adicional, como seu baixo custo. Num país que vive contradições sociais tão alarmantes é importante desenvolver formas alternativas de realizar fisioterapia de baixo custo, e de rápida recuperação e evitando possíveis deformidades.

Conclusão e Sugestões

No estudo de caso apresentado ficou comprovado o

benefício da fisioterapia na Paralisia Facial Periférica demonstrado através da rápida recuperação da paciente, o que preveniu a instalação de possíveis deformidades. Para concluir gostaríamos de chamar a atenção para a importância à intervenção precoce da fisioterapia.

Apesar do resultado satisfatório do caso relatado, sugerimos que mais pesquisas fossem desenvolvidas para que os reais benefícios dos recursos fisioterapêuticos possam ser comprovados.

Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, M.A.M. Paralisia Facial Periférica em Petrópolis. *Arq. Neuro-psiquiat* 50(1): 60- 64, 1992.
- DAVIDSON, T.M. **Manual de Otorrinolaringologia: Cirurgia da Cabeça e Pescoço.** 1.ed. São Paulo: Editora Roca Ltda, 1986. 183 p.
- DOWNIE, P.A. **CASH – Fisioterapia em Ortopedia e Reumatologia.** 1.ed. São Paulo: Editorial Médica Panamericana. 1983. 440p.
- FENICHEL, G.M. **Neurologia Pediátrica Sinais e Sintomas.** 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 410p.
- FORSTER, F.M. **Manual de Neurologia.** 2.ed. São Paulo: Ed. Mestre Jou, 1969. 237p.
- GREENBERG, D.A.; AMINOFF, S.M.; SIMON, R.P. **Neurologia Clínica.** 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 350p.
- HOPPENFIELD, S. **Propedêutica Ortopédica Coluna e Extremidades.** 1.ed. São Paulo: Atheneu, 1999. 276p.
- HUNGRIA, H. **Otorrinolaringologia.** 7.ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1995. 473p.
- KENDALL, F.P.; MC CREARY, E.K.; PROVANCE, P.G. **Músculos Provas e Funções.** 4.ed. São Paulo: Editora Manole, 1995. 453p.
- KOTTKE, F. J; LEHMANN, J. F. **Tratado de Medicina Física e Reabilitação.** 4. Ed. São Paulo: Ed. Manole Ltda., 1997. 1329p.
- LEITÃO, A. **Reabilitação Neurológica.** 1.ed. Rio de Janeiro: Editora Art Nova, 1972. 198p.
- LUCENA, A.C.T. **Fisioterapia na Paralisia Facial Periférica.** São Paulo: Editora Lavise, 1993. 95p.
- MANGABEIRA, P.; ALBERNAZ. **Otorrinolaringologia Prática.** 10.ed. São Paulo: Sarvier, 1981. 175p.
- MARTINS, A.C.V.; LIMA, W.C. Tratamento fisioterapêutico da Paralisia Facial Periférica Idiopática (Paralisia de Bell). **Fisioterapia em movimento.** 12(2):153-159, 1999.
- MUNHOZ, M.A.M. Paralisia Facial. **Acta Awho,** 11(2):57-67, 1992.
- NITRINI, R.; BACHESCHI, L.A. **A Neurologia que todo médico deve saber.** 4.ed. São Paulo: Editora Santos, 1999. 350p.
- REICHEL, M.S. **Método Kabat: Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva, conceito, método, técnica.** 1.ed. São Paulo: Premier, 1998. 181p.
- ROSEMBERG, S. **Neuro Pediatria.** 1.ed. São Paulo: Sarvier, 1995. 319p.
- SANVITO, W.L. **Propedêutica Neurológica Básica.** São Paulo: Ed. Atheneu, 1996. 152p.
- THOMSON, A.; SKINNER, A.; PIERCY, J. **Fisioterapia de Tidy.** 12.ed. São Paulo: Editora Santos, 1999. 500p.
- VOSS, D.E; IONTA, M.K; MYERS, B.J. **Facilitación Neuromuscular Proprioceptiva Patrones y Técnicas.** 3.ed. Buenos Aires: Editora Médica Panamericana, 1998. 476p.

Recebido em: 15/12/00

Aceito em: 10/09/01