

Fisioter Bras 2017;18(5):667-8

OPINIÃO

Paralisia facial periférica e linha do tempo: do empirismo à prática baseada em evidências

Marco Orsini*, Clynton Lourenço Correa**, Marcos RG de Freitas***, Viviane Marques****, Adriana Leico Oda*****, Victor Hugo Bastos*****, Silmar Teixeira*****, Carlos Eduardo Cardoso*****, Eduardo Trajano*****

Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde, Universidade Severino Sombra, Vassouras/RJ e Mestrado e Doutorado em Ciências da Reabilitação, UNISUAM/RJ, **Faculdade de Medicina (Departamento de Fisioterapia) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, *Faculdade de Medicina (Departamento de Neurologia) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, ****Universidade do Rio de Janeiro – UNIRIO; *****Departamento de Doenças Neuromusculares da Universidade Federal de São Paulo, *****Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal do Piauí, Brasil; *****Mestrado Profissional em Ciências Aplicadas à Saúde, Universidade Severino Sombra, Vassouras/RJ*

Recebido 23 de outubro de 2017; aceito 15 de novembro de 2017.

Endereço para correspondência: Marco Orsini, Rua Professor Miguel Couto 322, 1001 Jardim Icarai Niterói RJ, E-mail: orsinimarco@hotmail.com; Clynton Lourenço Correa: clyntoncorrea@gmail.com; Marcos RG de Freitas: mgdefreita@hotmail.com; Viviane Marques: vivianemarquesfono@hotmail.com; Adriana Leico Oda: adrileico.oda@uol.com.br; Victor Hugo Bastos: victorhugobastos@ufpi.edu.br; Silmar Teixeira: silmarteixeira@ufpi.edu.br; Carlos Eduardo Cardoso: mestrado_saude@uss.br; Eduardo Trajano: eduardolimatrajano@hotmail.com

Uma das grandes preocupações com pacientes vitimados por Paralisia Facial Periférica (PFP) transcorre sobre a eficácia dos programas de reabilitação. Muitos médicos permanecem cautelosos na orientação de como proceder após a medicalização, pois a lesão periférica do VII nervo craniano pode gerar graves repercussões na mímica facial e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos pacientes [1].

Algumas questões nos intrigam: qual seria o tempo de início dos programas de recuperação após a lesão numa região ainda “inflamada” e necessitando de repouso para recuperação? A reabilitação não poderia contribuir para alterar em demasia a excitabilidade axonal, provocando sincinesias? Não seria necessário um período mínimo de repouso para início do tratamento de recuperação das funções comprometidas? O que dizer dos programas que envolvem eletroterapia? Qual o real papel da fonoaudiologia? [2-4].

Esse artigo de opinião é importante para a troca de saberes entre médicos e profissionais que lidam com PFP, buscando, em última análise, oferecer o que possuímos de mais atual sobre o tema. As questões acima levantadas ainda permanecem carentes de explicações baseadas em evidências – motivo dessa troca de saberes.

O principal sintoma da PFP é a paresia\paralisia facial súbita. Metade dos pacientes combatidos queixa-se de dor retro-auricular que pode perdurar dias. Comumente o quadro algíco emerge cerca de 72 horas antes da paralisia, podendo também ocorrer no momento da instalação. O comprometimento da gustação e do lacrimejar são observados em alguns casos; sintomas decorrentes da disfunção parassimpática. A PFP raramente é recorrente, sendo que na recidiva ou na paralisia facial bilateral devemos excluir miastenia gravis, lesões de base do crânio que estejam comprometendo o nervo facial, além de doenças sistêmicas. Causas infecciosas devem ser sempre investigadas [5,6].

Estudos envolvendo autópsias demonstraram a existência de infecção latente pelo vírus *Herpes simplex* (VHS) no gânglio geniculado do nervo facial na maioria dos indivíduos avaliados, existindo, portanto, fatores que podem estar associados a sua reativação [7]. Pesquisas laboratoriais e clínicas têm identificado “gatilhos” relacionados à reativação de infecções pelo VHS, tais como radiação ultra-violeta, trauma local, coinfeções, exposição ao frio, estresse, distúrbios do humor e estados de imunossupressão [6]. O tratamento da PFP requer abordagem médica, fisioterapêutica e fonoaudiológica. Pode ser medicamentoso apenas ou associado à terapia de reabilitação ou ainda medicamentoso e cirúrgico seguido da reabilitação orofacial.

Dados exportados da Cochrane com 2280 participantes submetidos ao tratamento com antivirais [8], demonstraram que: o nível de evidência dos artigos é baixo; os benefícios em associar antivirais com corticosteróides em comparação com corticosteróides isolados para o tratamento PFP de vários graus de gravidade torna-se a melhor opção; corticosteróides isolados foram mais eficazes do que os antivirais isolados. É consenso que a combinação de antivirais e corticosteróides reduz sequelas da PFP em comparação com os corticosteróides em regime de monoterapia. Não foi identificado aumento significativo nos eventos adversos do uso de antivirais em comparação com placebo ou corticosteróides [8]. A utilização de toxina botulínica tipo A em associação com biofeedback é considerada uma estratégia a médio/longo prazo para gerenciamento das sincinesias [9].

Temos em mente que a taxa de recuperação está relacionada com a gravidade dos danos provocados ao nervo e, logicamente, as causas da paralisia. A terapia (fisioterapia/fonoaudiologia) dos músculos da mímica facial pode ser eficaz nesses pacientes, embora tenhamos um nível C de evidência no que tange à reabilitação. Não há recomendação de tratamento específico dirigido a causa específica; Do mesmo modo, não há evidências disponíveis no momento da intervenção em relação ao tempo de início do quadro clínico. Ensaio controlado e randomizado ainda são escassos [10].

Referencias

1. Díaz-Aristizabal U, Valdés-Vilches M, Fernández-Ferreras TR, Calero-Muñoz E, Bienzobas-Allué E, Moracén-Naranjo T. Correlations between impairment, psychological distress, disability, and quality of life in peripheral facial palsy. *Neurologia* 2017;S0213-4853(17):30161-5.
2. Eviston TJ, Chong LSH, Kwai NCG, Clark JR, Krishnan AV. Altered axonal excitability properties in facial palsy. *Muscle Nerve* 2017 doi: 10.1002/mus.25677.
3. Grosheva M, Nohroudi K, Schwarz A, Rink S, Bendella H, Sarikcioglu L, Klimaschewski L, Gordon T, Angelov DN. Comparison of trophic factors' expression between paralyzed and recovering muscles after facial nerve injury. A quantitative analysis in time course. *Exp Neurol* 2016;279:137-48.
4. Guntinas-Lichius O, Genther DJ, Byrne PJ. Facial reconstruction and rehabilitation. *Adv Otorhinolaryngol* 2016;78:120-31.
5. Falavigna A; Teles AR; Giustina AD; Kleber FD. Paralisia de Bell: fisiopatologia e tratamento *Scientia Medica* 2008;184(4):177-83.
6. Reich SG. Bell's Palsy. *Continuum (Minneapolis)*. Selected Topics in Outpatient Neurology 2017;23(2):447-66.
7. Esaki S, Yamano K, Katsumi S, Minakata T, Murakami S. Facial nerve palsy after reactivation of herpes simplex virus type 1 in diabetic mice. *Laryngoscope* 2015;125(4):E143-8.
8. Gagyor I, Madhok VB, Daly F, Somasundara D, Sullivan M, Gammie F, Sullivan F. Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev* 2015;(11):CD001869. doi: 10.1002/14651858.CD001869.pub8.
9. Pourmomeny AA, Asadi S, Cheatsaz A. Management of facial synkinesis with a combination of BTX-A and biofeedback: a randomized trial. *Iran J Otorhinolaryngol* 2015;27(83):409-15.
10. Baricich A, Cabrio C, Paggio R, Cisari C, Aluffi P. Peripheral facial nerve palsy: how effective is rehabilitation? *Otol Neurotol* 2012;33(7):1118-26.