

FISIOTERAPIA NA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA: ESTUDO DE CASO

Paulo Cibuskis Júnior¹, Natália Peres dos Santos¹, Luis Henrique Sales Oliveira¹, Renato Aparecido de Souza¹

¹Universidade do Vale do Sapucaí (Univás) - Departamento de Fisioterapia
Avenida Prof. Tuany Toledo, 470, CEP: 37.550-000, Pouso Alegre/MG, tatosouza2004@yahoo.com.br

Resumo: A Paralisia Facial Periférica (PFP) decorre da interrupção do trajeto nervoso do VII par de nervo craniano (nervo facial) e representa uma relevante disfunção sensório-motora de intervenção fisioterapêutica. O objetivo deste estudo foi descrever os resultados da atuação Fisioterapêutica cientificamente respaldada para uma paciente do sexo feminino (36 anos) com PFP. Foram realizadas 10 sessões de 45 minutos cada no período compreendido entre 30/05/2007 à 22/06/2007 realizadas no Hospital das Clínicas Samuel Libânio durante o estágio supervisionado de fisioterapia neurológica da Univás. O tratamento instituído constou de calor superficial com infravermelho em ambas hemifaces, Estimulação Elétrica Funcional (frequência de 50 Hz e duração de pulso de 250 µs em hemiface comprometida com em média 50 contrações por sessão), Facilitação Neuromuscular Facial (conceito Kabath), massagem e orientações domiciliares. Ao final do tratamento observou-se melhora na expressão da mímica facial e a paciente relatou plena satisfação com os resultados e obteve alta fisioterapêutica.

Palavras-chave: paralisia facial, eletroestimulação, reabilitação

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde - Fisioterapia

Introdução

A paralisia facial periférica (PFP) decorre da interrupção da trajetória nervosa de qualquer um dos segmentos do nervo facial (VII par de nervo craniano) (VALENÇA; VALENÇA, 1999). O acometimento periférico desse nervo craniano resulta em paralisia completa ou parcial da mímica facial ipsilateral a lesão e pode estar associada a: distúrbios da gustação, salivação e lacrimejamento, hiperacusia e hipoestesia no canal auditivo externo (VASCONCELOS et al., 2001)

A PFP requer tratamento especializado e a atuação fisioterapêutica tem como objetivo restabelecer a expressão da mímica facial (GARANHANI et al., 2007). Segundo Beurskens e Heymans (2004) a fisioterapia é indispensável com o objetivo principal de restabelecer o trofismo, a força e a função muscular. Os recursos sugeridos pela literatura são: cinesioterapia, massagem e eletrotermoterapia, confirmados por ensaio clínico aleatório e revisão sistemática (BEURSKENS; HEYMANS, 2003; QUINN; CRAMP, 2003).

O grau de recuperação da função do nervo facial depende de inúmeros fatores. Para Valença e Valença (1999) a idade do paciente, o tipo de lesão, da etiologia, a nutrição do nervo, o comprometimento neuromuscular e a terapêutica instituída representam os fatores determinantes do prognóstico terapêutico. Ribeiro (1999) afirmou que o tempo médio de recuperação do nervo facial pode durar de 15 dias até quatro anos. Cohen (2001) observou em 95 casos revisados com gestantes, a recuperação completa da paralisia de Bell (a forma idiopática da PFP) em 56 mulheres

(58,9%) dentro de quatro meses ou menos. Em um estudo de 36 pacientes com paralisia facial periférica usando a cinesioterapia, observou-se a recuperação parcial em 83,3% dos participantes após 15 dias, e a recuperação total em 63,8%, após 30 dias de fisioterapia (GÓMEZ-BENITEZ et al., 1995)

O objetivo deste estudo foi descrever uma intervenção fisioterapêutica baseada em evidências científicas e analisar os resultados dessa intervenção para uma paciente com PFP.

Metodologia

Descrição do Caso: A paciente (M.J.S.C), com 36 anos, do sexo feminino e com diagnóstico de PFP tinha paralisia facial completa em hemiface direita. A avaliação inicial fisioterapêutica aconteceu 4 semanas após a instalação e diagnóstico do quadro clínico. No dia da avaliação inicial o paciente não apresentava outros problemas de saúde. A paciente relatou que sua paralisia facial se instalou subitamente e foi acompanhada de dor e formigamento em seu ouvido direito e língua. A paciente não relatou perda auditiva, mas ela reclamava de zumbidos em seu ouvido direito. Além disso, ela não possuía exames complementares, tais como ressonância magnética e/ou testes de eletrodiagnósticos. Uma semana após o início dos sintomas foi iniciada por prescrição médica terapia medicamentosa com esteróide durante 7 dias.

A avaliação fisioterapêutica consistiu de observação visual subjetiva do movimento voluntário dos músculos da expressão facial

(Tabela 1 e Figura 1) através de solicitação verbal, e a presença de sincinesias ou de movimentos anormais e/ou incompletos.

As limitações funcionais da paciente foram determinadas através de questionamento verbal em cada sessão. As perguntas eram relacionadas à função de músculos extra-oculares (“consegue piscar normalmente, está irritado seu olho”, percebe alguma poeirinha”) e músculos orais (“melhorou o sorriso, está soprando melhor”, consegue tomar o líquido sem babar”). Além disso, foi investigado como essas limitações afetavam suas atividades diárias.

Tabela 1- Músculos faciais envolvidos na ação solicitada durante avaliação fisioterapêutica

Músculos	Ação Muscular Solicitada
Frontal	“Levante as sobrancelhas”
Corrugador do supercílio	“Traga suas sobrancelhas para baixo e juntas”
Orbicular dos olhos	“Feche os olhos”
Nasal	“Abra as narinas”
Orbicular da boca	“Feche e enrugue a boca”
Levantador do lábio superior e Levantador do ângulo da boca	“Levante o lábio superior”
Zigomático	“Levante o canto da boca”
Risório	“Sorria sem mostrar os dentes”
Abaixador do lábio inferior e abaixador do ângulo da boca	“Abaixe o canto da boca”
Bucinador	“Sopre enchendo suas bochechas”

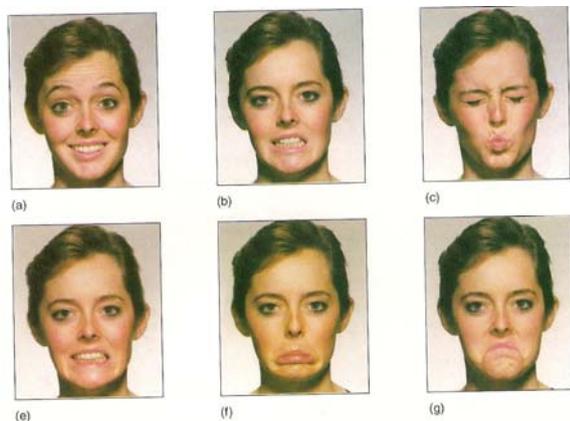


Figura 1- Expressões produzidas pelas contrações dos músculos faciais (GRAAFF, 2003, p.252).

O tratamento instituído como forma de assistir a paciente foi constituído de: calor superficial com infravermelho em ambas hemifaces para promover aumento da circulação local, relaxamento e maior extensibilidade de tecidos moles em hemiface sadia e diminuição da resistência dérmica a aplicação da corrente terapêutica em hemiface comprometida. Em seguida, utilização de Estimulação Elétrica Funcional (FES) com parâmetros de frequência (50 Hz) e (duração de pulso de 250 µs) em hemiface comprometida. 50 contrações por sessão em média eram realizadas. O comando verbal e a utilização de um espelho defronte a paciente permitiam mais uma forma de incentivo. Em seguida, técnicas de facilitação neuromuscular facial (FNM) eram aplicadas e, ao final da sessão massagem de relaxamento em musculatura sadia e massagem intraoral bilateralmente eram realizadas. Além disso, orientações sistemáticas de exercícios eram passadas para a paciente desempenhar em ambiente domiciliar.

Foram realizadas 10 sessões de 45 minutos cada no período compreendido entre 30/05/2007 à 22/06/2007 realizadas no Hospital das Clínicas Samuel Libânio durante o estágio supervisionado de fisioterapia neurológica da Universidade do Vale do Sapucaí.

Resultados

A tabela 2 demonstra os principais achados motores visualmente observado pelo fisioterapeuta e auto relatado pelo paciente após 10 sessões de tratamento. Houve sempre simetria motoras entre as hemifaces, indicando melhora funcional.

Tabela 2- Expressão dos Músculos Faciais Avaliados após 10 sessões

Músculos	Expressão Facial Observada
Frontal e Risório	Observar Figura 1 em (a)
Levantador do lábio superior e Levantador do ângulo da boca	Observar Figura 1 em (b)
Orbicular da boca e Orbicular dos olhos	Observar Figura 1 em (c)
Abaixador do lábio inferior e abaixador do ângulo da boca	Observar Figura 1 em (d)
Mental	Observar Figura 1 em (e)
Platisma	Observar Figura 1 em (f)

Discussão

Como observado na figura 2, o nervo facial é o responsável pela inervação motora da maioria dos músculos da face e seu comprometimento pode acarretar transtornos sensitivos, motores, psicológicos, comportamentais e sociais (BRACH et al., 1997). Assim, é fundamental uma adequada intervenção clínica para a efetiva recuperação dessa disfunção.



Figura 2- Músculos faciais inervados pelo VII par de nervo craniano (nervo facial).

Em nossa experiência, os indivíduos com PFP raramente iniciam o tratamento fisioterapêutico no início dos sintomas. Frequentemente, são encorajados a esperar pela auto regressão dos déficits. No entanto, a recuperação completa nem sempre pode ocorrer, especialmente em populações de alto risco como idosos ou que atrasaram a recuperação (BRACH; VANSWEARINGEN, 1999).

A fisioterapia para pacientes com PFP tradicionalmente tem sido exigida através de exercícios gerais para a musculatura da expressão facial ou eletroestimulação (BRACH; VANSWEARINGEN, 1999). Em nosso estudo de caso, utilizamos a associação das idéias tradicionais aliadas a conceitos contemporâneos de funcionalidade. O calor superficial sob a forma de infravermelho antes da Estimulação Elétrica Funcional, reduz a resistência da corrente elétrica e dessa forma melhora a tolerância do paciente. Além disso, na hemiface sadia, normalmente existe rigidez muscular e o calor superficial contribui com o relaxamento muscular, facilitando as técnicas manuais que seriam administradas a seguir (BEURSKENS; HEYMANS, 2004).

As técnicas de Facilitação Neuromuscular Facial através do conceito Kabath enfatizaram a exatidão do movimento facial com auxílio da corrente elétrica e um espelho. Dessa forma, foi conseguido um maior modelamento e isolamento do músculo solicitado, o que facilita o controle da expressão facial e evita a contração abrupta e

maciça de músculos relacionados a mais de uma expressão facial (GARANHANI et al., 2007).

O principal objetivo do tratamento fisioterapêutico na PFP é a re aquisição da funcionalidade motora dos músculos faciais em um menor tempo possível. Embora, alguns pacientes possam não atingir esse objetivo, o paciente relatado nesse estudo de caso apresentou a plena reabilitação dos movimentos faciais, o que foi constatado por avaliação funcional subjetiva e auto relatado.

Novas pesquisas são necessárias para determinar o tratamento mais adequado para indivíduos com PFP. Uma primeira etapa podia ser validar um sistema de avaliação baseado em sinais e sintomas físicos desses pacientes. Essa validação facilitaria a obtenção de escores que melhor demonstrariam a eficácia da intervenção fisioterapêutica, respaldando a atuação de um profissional que demonstra sua eficácia através de estudos ainda não bem controlados e, especialmente pela satisfação pessoal de inúmeros pacientes com PFP.

Conclusão

Ao final do tratamento observou-se melhora na expressão da mímica facial através da completa funcionalidade dos músculos envolvidos com lesão do nervo facial. Além disso, a paciente relatou plena satisfação com os resultados e obteve alta fisioterapêutica.

Referências

- BEURSKENS, C.H.G., HEYMANS, P.G. Physiotherapy in patients with facial nerve paresis: description of outcomes. **Am J Otolaryngol.** V. 25, n.1, p. 394-400, 2004.
- BEURSKENS, C.H.G., HEYMANS, P.G. Positive effects of mime therapy on sequelae of facial paralysis: stiffness, lip mobility, and social and physical aspects of facial disability. **Otol. Neurotol.** V. 24, n.1 p. 677-681, 2003.
- BRACH, J.S.; VANSWEARINGEN, J.M. Physical Therapy for Facial Paralysis: A Tailored Treatment Approach. **Physical Therapy.** V. 79 . n. 4, 1999.
- BRACH, J.S., VANSWEARINGEN, J.M., DELITTO, A., JOHNSON, P.C. Impairment and disability in patients with facial neuromuscular dysfunction. **Otolaryngol Head Neck Surg.** V. 117, n.3, p. 315-321, 1997.
- COHEN H. **Neurociência para fisioterapeutas.** 2ª ed. São Paulo: Manole, 2001.

GRAAFF, V.D. **Anatomia Humana**. 6 ed. Barueri: SP: Manole, 2003. p. 252.

GARANHANI, M.R., CARDOSO, J.R., CAPELLI, A.M.G., RIBEIRO M. C. Fisioterapia na paralisia facial periférica: estudo retrospectivo. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.** V.73, n.1, p. 112-115, 2007.

GÓMEZ-BENITEZ, D.A., RIVAS, J.A.C., GARCIA, E.F., PENÃ, D., MARITZA, S., TORRES, L.M., PANTALEON, Z. Terapia física en una población de pacientes con parálisis facial periférica. **Rev Med Domin.** V. 56, n.1 p. 22-24, 1995.

QUINN, R, CRAMP, F. The efficacy of electrotherapy for Bells palsy: a systematic review. **Phys Ther Rev.** V. 8, n.3, p. 151-164, 2003.

RIBEIRO, E.C., CASSOL, M. Enfoque fisioterápico e fonoaudiólogo na paralisia facial periférica. **Arq Fund Otorrinolaringol.** V. 3, n.1, p. 46-52, 1999.

VALENÇA, M.M., VALENÇA, L.P.A.A. Nervo facial: aspectos anatômicos e semiológicos. **Neurobiol.** V. 62, n.2, p.77-84, 1999.

VASCONCELOS, B.E.C., DIAS, E., DANTAS, W.R.M., BARROS, E.S., MONTEIRO, G.Q.M. Paralisia facial periférica traumática. **Rev Cir Traumat Buco-Maxilo-Facial.** V.1, n.1 p. 13-20, 2001.