

PRINCIPAIS RECURSOS E INTERVENÇÕES FISIOTERAPÊUTICAS EM PACIENTES COM PARALISIA DE BELL

FRANCIELI RUSSOMANO ALVES¹

MARCOS OLIVEIRA SANTOS²

¹Discente do curso de Fisioterapia da FADAP-FAP. Tupã/SP.

²Orientador e docente do curso de Fisioterapia da FADAP-FAP. Tupã/SP.

RESUMO: A Paralisia Facial acontece por diminuição ou falta do transporte axonal ao sétimo nervo craniano, como efeito, ocorre a paralisia parcial ou completa, da mímica facial. Isso ocorre pelo fato de o sétimo nervo craniano seguir um trajeto intratemporal com ângulos e um estreito canal conhecido como canal de Falópio. É considerada de maior incidência a Paralisia de Bell por volta de 20 a 30 casos em 100 mil habitantes, com prevalência maior entre as mulheres. Os fatores de riscos associados incluem hipertensão arterial, diabetes mellitus, gravidez, puerpério e infecção pelo vírus Herpes tipo I. **OBJETIVO:** Avaliar de forma crítica os diversos tipos de recursos e tratamentos da Paralisia de Bell pelos fisioterapeutas. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa de revisão literária de natureza exploratória. Como amostra, serão revisadas várias publicações científicas, destas, apenas serão utilizadas neste trabalho, algumas publicações pertinentes à proposta do estudo. **CONCLUSÃO:** Conclui-se a partir dos artigos revisados que a intervenção fisioterapêutica é indispensável no tratamento da Paralisia de Bell, desde a fase inicial da doença. Dentre os trabalhos analisados, a laserterapia é um dos métodos associado que tem sido utilizado com maior frequência, e está voltado para a regeneração nervosa do tecido, causando uma regeneração nervosa, melhorando o aumento de potencial de ação. Exercícios de mímicas associados à cinesioterapia ajuda restabelecer os movimentos perdidos da face (músculos, palpebra do olho, boca e sobrancelha) e as linhas de expressões ausentes devido à patologia. A eletroestimulação contribui para a normatização das atividades motoras reflexas dos músculos paralisados.

Palavras-chave: Tratamento; Fisioterapia; Paralisia de Bell.

1.INTRODUÇÃO

No ano de 1821, Bell, por dada razão, denominou a síndrome com seu próprio nome: paralisia facial periférica ou “paralisia de Bell” (SAJADI et al., 2011).

O par VII dos nervos craniano ou conhecido como nervo facial, faz a inervação dos músculos da mímica do rosto, pelo tônus em repouso e pela contração voluntária e involuntária de cada lado da face (AVIV, 1992). Sendo esses músculos responsáveis pelas expressões e movimentos faciais, lesionados podem produzir deformidades, distúrbios estéticos e funcionais (MAY, 2004).

A Paralisia Bell acontece por diminuição ou falta do transporte axonal ao sétimo nervo craniano, como efeito, ocorre a paralisia, parcial ou completa, da mímica facial. Isso ocorre pelo fato de o sétimo nervo craniano seguir um trajeto intratemporal com ângulos e um estreito canal conhecido como canal de Falópio (MAY, 1986).

A incidência no Brasil da paralisia de Bell é de 20 a 30 casos em 100 mil habitantes, com prevalência maior entre as mulheres. É rara antes dos 10 anos de idade e sua incidência é de dois modos, com picos na terceira e oitava décadas de vida, dependendo da distribuição etária da população. Os fatores de riscos associados incluem: hipertensão arterial, diabetes mellitus, gravidez, puerpério e infecção pelo vírus Herpes tipo I (NERY et al., 2006).

Do entendimento fisiopatológico, há três modos de explicar a Paralisia de Bell: a vasculoesquêmica, a viral e a imunológica. A vasculoesquêmica seria uma vasoconstrição com conseqüente isquemia, causada devido a uma hipersensibilidade vascular aos impulsos do sistema nervoso vegetativo, causando a diminuição da condução do impulso nervoso. Outra suposição são as infecções virais, elas por sua vez têm grande importância na patogênese da paralisia facial periférica. A imunidade baixa é a causa mais recente utilizada na associação da Paralisia de Bell cuja doença pode estar relacionada com a síndrome de Guillain-Barré, que devido à infiltração de linfócitos e macrófagos ocorre a perda de mielina do canal do axônio, prejudicando assim o impulso nervoso (MARTINS, 1999).

Perda dos movimentos da musculatura da face e paralisia dos músculos faciais são os sinais provocados pela paralisia facial, sendo unilateral ou bilateral, submetendo totalmente ou parcialmente a hemiface mímica (KENDALL et al., 2007).

A paralisia facial pode ser classificada em dois grupos: paralisia facial central (PFC) ou supranucleares e paralisia facial periférica (PFP), sendo as nucleares e infranucleares. As supranucleares baseiam-se em lesões dos neurônios motores piramidais do córtex frontal (responsáveis pelos movimentos voluntários), que percorrem os núcleos motores do facial ipsi (parte superior da face) e contralateralmente (parte superior e inferior) (LAZARINI et al., 2002).

O quadro clínico dependerá do nervo atingido, a flacidez dos músculos ocorrerá devido à lesão do nervo motor, se houver perda da sensibilidade em uma área, fibras do nervo sensitivo foram acometidas que por sua vez são menos distribuídos na face (LANGE et al., 2002).

O desaparecimento das pregas fisionômicas são comuns nesses casos, assim como lapso labial para o lado não acometido pela paralisia, perda do enrugamento das linhas de expressões da frente, lagoftalmo e alargamento da fenda palpebral (LEITÃO, 2006).

Tratamentos e medicamentos podem estar inclusos nos tratamentos para diminuir os déficits físicos, entretanto não são suficientes para fazer voltar a função dos músculos faciais, simetria e expressão (ROSS et al., 1991). Nesse caso fica clara a importância de um tratamento específico preparado para as alterações neuromotoras da face (DIELS et al., 1997).

Deve se recorrer ao tratamento fisioterapêutico o mais breve possível, que, em casos de Paralisia Facial Periférica (PFP) de longa duração, pode ocorrer atrofia dos músculos afetados, devido ao tônus em repouso, sendo assim menos possível de reverter os sinais causados por essa patologia (ROMERO et al., 1982).

O objetivo do tratamento fisioterapêutico é atuar na restauração da expressão da mímica facial, sendo fundamental na recuperação do tônus, força e função muscular (CIBUSKIS et al., 2007).

O biofeedback é um recurso que vem sendo utilizado desde 1960 para o tratamento neuromuscular de indivíduos com PFP. Este método tem sido observado e considerado efetivo, no controle da atividade muscular facial, a

realização de movimentos adequados e a inibição de padrões anormais (BOOKER et al., 1969).

Os lasers não cirúrgicos ou de baixa intensidade possuem uma série de efeitos biológicos, quando interagem com os tecidos. Para o tratamento da Paralisia de Bell podemos destacar o aumento da amplitude dos potenciais de ação (função nervosa estimulada) e a capacidade de aceleração de regeneração de estruturas nervosas (GUTKNECHT, 2003).

Optou-se pela escolha desse tema de pesquisa pelo fato e pela importância em levantar as principais formas de tratamento da paralisia facial periférica, dando assim, mais opções de tratamento ao profissional da área.

E de quais formas a fisioterapia pode contribuir com o paciente acometido pela Paralisia de Bell?

Todos os estudos apontam que intervenção fisioterapêutica para paralisia de bell incluem exercícios de mímicas, eletroestimulação, cinesioterapia e laserterapia.

2.OBJETIVO

Avaliar de forma crítica os diversos tipos de recursos e tratamentos da Paralisia de Bell pelos fisioterapeutas.

3.METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão literária de natureza exploratória. Como amostra, foram revisadas várias publicações científicas, destas, apenas serão utilizadas neste trabalho, algumas publicações pertinentes à proposta do estudo. As pesquisas realizadas foram baseadas, em artigos de revisão literária, artigos originais e dissertação de mestrado, extraídos da base de dado Scielo e Google Acadêmico.

Foram utilizados vários artigos, sendo todas as publicações em português. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: Tratamento; Fisioterapia; Paralisia de Bell. Os artigos utilizados durante a pesquisa foram separados de acordo com o

resumo e depois revisados na íntegra para análise mais detalhada.

4.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na seguinte base de dado, foram encontrados aproximadamente 986 trabalhos com as palavras-chave utilizadas. Em seguida, foram selecionados 32 artigos, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão, lidos na íntegra, e que serão neste momento analisados em profundidade. É importante mencionar que os 12 artigos excluídos corresponderam aos critérios de exclusão e utilizados 20 artigos que corresponderam aos critérios de inclusão.

Como alternativa de intervenção, a laserterapia é um método eficaz, tendo em vista capacidade de acelerar a regeneração das estruturas nervosas, sendo útil no tratamento da Paralisia de Bell, sem contra indicação (NERY et al., 2006).

Um estudo que aborda recursos fisioterapêuticos mostra que os métodos mais utilizados são os manuais, cinesioterapêuticos, como kabat, combinados com eletroestimulação (FAGUNDES et al., 2015).

Os pacientes com paralisia facial observados em um determinado estudo, mostram que as características são padrão e similares em todos pacientes. Também verificou-se que somente com o método de cinesioterapia ocorre melhora no quadro inicial (GARANHANI et al., 2006).

Em um estudo onde se utiliza a acupuntura como um dos métodos de tratamento, a acupuntura mostrou-se benéfica neste estudo de caso, onde foi possível observar a regeneração nervosa do nervo afetado. Mas não se pode chegar a uma conclusão sólida nessa questão, uma vez que se trata de um caso apenas sendo preciso outros ensaios mais detalhados (CAETANO et al., 2011).

Em um estudo realizado no artigo de Freire (2011) que mostra a eficácia da eletroestimulação na Paralisia de Bell, ficou comprovada que corrente em baixa e média frequência foram indicadas para a utilização no tratamento, sendo preconizada no início das primeiras semanas de paralisia facial. Contudo ainda devem ser feitos estudos mais amplos com a finalidade de se comprovar os efeitos da eletroestimulação.

5.CONCLUSÃO

Conclui-se a partir dos artigos revisados que a intervenção fisioterapêutica é indispensável no tratamento da Paralisia de Bell, desde a fase inicial da doença, dentre os trabalhos analisados, a laserterapia é um dos métodos associado que tem sido utilizado com maior frequência, está voltado para a regeneração do nervo lesionado, acelerando a propagação do impulso nervoso. Exercícios de mímicas associado à cinesioterapia ajuda restabelecer os movimentos perdidos da face (músculos, pálpebra do olho, boca e sobrancelha) e as linhas de expressões ausentes devido à patologia. A eletroestimulação contribui para a normatização das atividades motoras reflexas dos músculos paralisados.

Considerando que o tratamento deve ser iniciado nos primeiros sinais e sintomas, é de grande importância a intervenção fisioterapêutica desde o início, sendo possível grande probabilidade de melhora do quadro clínico do paciente.

ABSTRACT: Peripheral facial paralysis occurs due to a decrease or lack of axonal transport to the seventh cranial nerve, as an effect, partial or complete paralysis of facial mimic occurs. This is due to the fact that the seventh cranial nerve follows an intratemporal path with angles and a narrow channel known as the fallopian channel. The highest incidence of Bell's palsy is considered to be 20 to 30 cases in 100 thousand inhabitants, with a higher prevalence among women. It is rare before the age of 10 and its incidence is two-fold, with peaks in the third and eighth decades of life, depending on the age distribution of the population. Associated risk factors include high blood pressure, diabetes mellitus, pregnancy, the puerperium and infection with the Herpes type I virus. **OBJECTIVE:** critically evaluate the different types of resources and treatments for bell palsy by physiotherapists. **METHODOLOGY:** This is an exploratory literature review research. As a sample, will be reviewed several scientific publications of these, will only be used in this work, some publications relevant to the study proposal. **CONCLUSION:** We conclude from the reviewed articles that physical therapy intervention is indispensable in the treatment of Bell's Palsy, since the initial stage of the disease, among the studies analyzed, laser therapy is one of the associated methods that has been used more frequently, and is aimed at for nerve regeneration of tissue, causing nerve regeneration, improving the increase in action

potential. Mimic exercises associated with kinesiotherapy helps to restore the lost movements of the face (muscles, eyelid, mouth and eyebrow) and expression lines absent due to pathology. Electrostimulation contributes to the normalization of reflex motor activities of paralyzed muscles.

Keywords: Treatment; Physiotherapy; Bell's Palsy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AVIV JE, Urken ML. Management of the paralyzed face with microneurovascular free muscle transfer. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1992; 118:909-12

BOOKER HE, RUBOW RT, COLEMAN PJ. Simplified feedback in neuromuscular retraining; an automated approach using electromyographic signals. Arch Phys Med Rehab 1969; (50):621-5.

CAETANO H. B., Luis A. S., Rodrigues M. P., Uso de acupuntura no tratamento de paralisia facial periferica – estudo de caso. 2011.

CIBUSKIS JÚNIOR. P.; SANTOS, N.P.; OLIVEIRA L.H. et al. Fisioterapia na paralisia facial periférica: estudo de caso. 2007. 5 f. tese Departamento de Fisioterapia, Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, Minas Gerais, 2007.

CORRAL-ROMERO MA, BUSTAMENTE-BALCÁRCEL A. Biofeedback rehabilitation in seventh nerve paralysis. Ann Otol Rhinol Laryngol 1982; 91(2 Suppl):166-8.

DE MAIO M, SOARES MFD. Aplicação de toxina botulínica em paralisia facial. In: de Maio M. Tratado de medicina estética. São Paulo: Roca; 2004. p.1361-71.

DIELS JH, COMBS D. Neuromuscular retraining for facial paralysis. Rehabil Neurol Dis 1997; 30(5):727-43.

FREIRE N. M. V., Rosa E. L. C. - Efeitos da eletroterapia a paralisia facial de bell: revisao de literatura. 2011

GUTKNECHT N, Eduardo CP. Laser de Baixa Intensidade. In: Gutknecht N, Eduardo CP. A Odontologia e o Laser: Atuação na Especialidade Odontológica. São Paulo: Quintessence, 2003: 217-237.

GARANHANI M. R., Cardoso J. R., Guides A. C., Riberiro M. C., fisioterapia na paralisia facial periferica: estudo retrospectivo.2006.

IDALIANA F. S., Adriana N. M. D., Fabieli P. F., Luciana P. M., Metodos fisioterapeuticos utilizados no tratamento da paralisia facial periferica: uma

revisão. Revista brasileira de ciencia da saude, 2015.vl 19 n4 pag315-320.

KENDALL FP. Músculos provas e funções com postura e dor. São Paulo. 2ª ed. Editora Manole, 2007.

LANGE DJ, TRAJABORG W, ROWLAND LP. Lesões de Nervos Periféricos e Cranianos. In: Rowland LP. Mérito: Tratado de Neurologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

LAZARINI, P. R.; FERNÁNDEZ, A. M. F.; BRASILEIRO, V. S. B.; CUSTÓDIO, S. E. V. Paralisia facial periférica por comprometimento do tronco cerebral - a propósito de um caso clínico. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, v. 68, n. 1, p. 140-144, 2002.

LEITÃO ERA, Leitão AVA. Medicina de reabilitação - manual prático. Rio de Janeiro: Revinter, Cap. 5., p.111- 114, 2006.

MARTINS ACV. Paralisia Facial Periférica Idiopática: Paralisia de Bell. Fisiologia do Movimento. Dissertação de Mestrado CEFID/UDESC, 1999.

MAY M. Microanatomy and pathophysiology of the facial nerve. In: May M, editor. The facial nerve. New York: Thieme; 1986. p. 63-73.

NERY, V. V.; Kreisner, P. E.; Mariani, C.; Miranda, R. P.; Laserterapia Associada ao Tratamento da Paralisia Facial de Bell. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial IV volume 47, N°1, 2006.

ROSS B, NEDZELSKI JM, MCLEAN JA. Efficacy of feedback training in long-standing facial nerve paresis. Laryngoscope 1991;(101):744-50.

SAJADI M. M., SAJADI M. R., TABATABAIE S. M. The history of facial palsy and spasm Hippocrates to Razi. Neurology. 2011.