



PARALISIA FACIAL

A paralisia facial é geralmente unilateral, é uma ausência ou diminuição importante dos movimentos faciais, causada por uma lesão do nervo facial, que resulta em incapacidade para controlar músculos faciais no lado afetado. Porém, se nenhuma causa específica for identificada como causadora a condição é conhecida como Paralisia de Bell. Esta é uma mononeuropatia aguda comum.

A Paralisia de Bell é definida como paralisia de nervo facial unilateral idiopática (sem causa conhecida), de início rápido geralmente em 2 dias e sem outros sintomas acompanhantes. A recuperação é completa na maior parte dos casos. O nervo facial e seus ramos são responsáveis por suprir impulsos nervosos para aproximadamente 80 músculos faciais organizados em quatro camadas que controlam os movimentos faciais.

O nervo facial tem um trajeto complexo e tortuoso, fato que o torna vulnerável a lesões. Podemos dividir seu trajeto em intracraniano e extracraniano.

Várias condições podem causar uma paralisia facial, por exemplo, causas perinatais: uso de fórceps, distrofia miotônica, Síndrome de Mobius; traumatismo como fraturas da base do crânio, lesões penetrantes do ouvido médio, barotrauma; neurológicas centrais como lesões vasculares, tumorais, infecciosas, da capsula interna e tronco cerebral; infecciosas: otite média ou externa, mastoidite, vírus herpes simples e varicela zoster, parotidite, lepra, tuberculose, HIV, difteria, tétano e doença de Lyme. As causas inflamatórias podem ser sarcoidose, amiloidose, vasculites, poliradiculoneuropatia inflamatória desmielinizante aguda (Guillain-Barré).

Também se tem causas metabólicas como diabetes, hipertireoidismo, gravidez. As neoplásicas tumores de parótida, colesteatoma, neurinoma de nervo facial ou acústico, leucemia, meningioma. Além de causas tóxicas: álcool, arsênico, monóxido de carbono; iatrogênicas: anestesia com bloqueio mandibular, cirurgia de parótida e mastóide, soro antitetânico e vacina antirrábica.

Existem duas formas: idiopática e sintomática. Entre as formas idiopáticas, a paralisia de Bell é a mais frequente e corresponde à lesão de natureza incerta, provavelmente viral, no trajeto proximal do nervo facial próximo à saída do forame estilomastóide. O prognóstico é bom na maioria dos casos. Grande parte dos acometidos se recuperam por completo em poucas semanas; 40% ficam com mínimas sequelas e apenas 5-10% apresentarão sequelas graves.

A forma sintomática, causada por trauma, tumores comprimindo o nervo facial e outras doenças é incomum.

Alguns dos sintomas iniciais podem incluir sensação de dormência ou fraqueza, sensação de pressão ou inchaço do lado afetado, mudanças no paladar, intolerância a barulhos, olho ressecado e algumas vezes dor ao redor ou no ouvido do lado acometido.

Também ocorre dificuldade em fechar os olhos e impossibilidade de sorrir. Outros sintomas referidos comumente incluem vertigem, pequenas feridas ao redor da



orelha, dor ou desconforto, sinusite, dor de cabeça, amortecimento da língua, sensibilidade a barulho, ressecamento de olho, lágrimas em excesso, e dificuldade para mastigar.

Podem ocorrer três tipos lesão: neuropraxia, axonotmese e neurotmese.

A neuropraxia caracteriza-se pela perda de continuidade da transmissão do impulso nervoso sem causa orgânica aparente. Geralmente associada com desmielinização segmentar. Seu prognóstico é excelente e a recuperação completa ocorre em poucas semanas.

A axonotmese consiste em perda de axônios de intensidade variável. O nervo facial possui uma estrutura anatômica peculiar que o diferencia da maioria dos outros nervos do organismo por ser monofascicular. Isto acarreta, em caso de ruptura do endoneuro (axonotmese), uma regeneração sem um trajeto definido, o que origina às sincinesias ou espasmos hemifaciais, quando vários músculos da hemiface se contraem sincronicamente durante os movimentos voluntários.

A neurotmese consiste na transecção total do nervo, acontecimento raro no nervo facial, ocorrendo principalmente em lesões traumáticas severas ou durante cirurgias da face, otológicas ou intracranianas. Seu prognóstico é reservado e tem indicação de anastomose cirúrgica.

A fisioterapia é de grande benefício, pois prepara os músculos para a possível reinervação não deixando que aconteça a estase muscular (atrofia), estimula a vascularização periférica que ajuda nas trocas de nutrientes e orienta através de exercícios a recuperação dos movimentos da face.

Também previne a instalação de sequelas (hipertônias e sincinesias) que atrapalham muito os movimentos harmoniosos da face do paciente. O tempo de recuperação do indivíduo varia de 1 a 4 anos.

A regeneração normal do nervo se dá numa média de um milímetro por dia. Apesar do crescimento de novas fibras serem bastante lento, a melhora pode ser auxiliada por meio de reabilitação com um profissional treinado em técnicas de reeducação neuromuscular. Esse tipo de trabalho exige dedicação diária por parte do paciente em repetir os exercícios utilizando as técnicas aprendidas.

Para a avaliação prognostica recomenda-se realizar o estudo eletrofisiológico do nervo facial no começo da terceira semana após o início dos sintomas e repetir em 3 meses e após um ano. Nenhuma recuperação pode ser esperada após 2 a 3 anos da lesão.

É recomendável o uso de óculos escuros para proteger os olhos da poeira, poluição e raios do sol; evitar lugares enfumaçados; utilizar colírio várias vezes ao dia; dormir com tampão nos olhos; e, mastigar devagar.

Dr. Maurício Aranha - **Sócio**-Fundador da ANERJ - Associação dos Neurologistas do Estado do Rio de Janeiro. Filiado da SBNeC - Sociedade Brasileira de Neurociências e Comportamento da USP. Filiado da APERJ - Associação Psiquiátrica do Estado do Rio de Janeiro (Federada da ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria e da WPA - Associação Mundial de Psiquiatria). Pesquisador do Núcleo de Ciências Médicas, Psicologia e Comportamento do Instituto de Ciências Cognitivas. **Formação:** Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil. Psiquiatria Forense pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. Psiquiatria pela Universidade Estácio de Sá, Brasil. Psicopedagogia Clínica e Institucional pelo Grupo de Ação Educacional, Brasil. Psicologia Analítica pela Universidade Hermínio da Silveira e Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação, Brasil. Neurolinguística pelo Instituto NLP in Rio & NLP Institut Berlin, Brasil/Alemanha. Neurociência e Saúde Mental pelo Instituto de Neurociências y Salud Mental da Universidade da Catalunya, Espanha. E-mail: ma@icc-br.org