

PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA : ANÁLISE DE 38 CASOS

PERIPHERAL FACIAL PALSY: ANALYSIS OF 38 CASES

Rubens Ernani Cozeto Rodrigues* Suzana Boltes Ceccato**
Carlos Eduardo Borges Rezende* Roberta Ismael Dias Garcia**
Kátia Silva Costa** Marcelo Campilongo*** Priscila Bogar Rapoport ****

RESUMO

Objetivo-Análise de todos os casos de paralisia facial atendidos no Ambulatório de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC, de janeiro de 1999 a julho de 2000, relacionando as principais causas, evolução e tratamento realizados. Além disso, entre os casos de paralisia de Bell foi feita a relação com o clima. **Casística e Métodos-**Foram estudados 38 pacientes com paralisia facial analisando idade, sexo, etiologia, topodiagnóstico, evolução e distribuição durante os meses do ano relacionando com a temperatura média mensal de São Paulo. **Resultados-** 73,6% foi idiopática ou de Bell, seguido pelas causas infecciosas com 13,1% e traumáticas com 7,8%. A evolução foi favorável, sem seqüelas na maioria dos pacientes. O tratamento padronizado para todos os pacientes, foi corticoterapia associado a vasodilatadores. Os meses com maior incidência de paralisia coincidiram com alguns com temperaturas mais baixas (maio, junho e agosto) e com fevereiro de 1999, um dos meses de mais alta temperatura média. **Conclusão-**A etiologia mais comum nesse estudo foi paralisia de Bell, com prevalência do sexo feminino e 4ª. década de vida, de evolução favorável e ocorrendo principalmente em extremos de temperatura.

Palavras – chave: paralisia de Bell, paralisia facial, clima.

SUMMARY

Objective: To analyse all cases of facial paralysis attended at the Otolaryngology Clinic at the Faculdade de Medicina do ABC, from January 1999 to July 2000 in order to look into the most important causes, evolution

and the treatment given. The authors have also established a relation between the temperature along the year and the incidence of Bell's Palsy cases. **Methods:** The data analysed referred to age, sex, etiology, the level of the lesion, evolution and temporal occurrence, to relate the incidence of Bell's palsy cases to the monthly temperature in São Paulo. **Results:** A total of 38 cases along 18 months were analysed; 73,6% was idiopathic or Bell, followed by infectious causes (13,1%) and traumas (7,8%). The evolution was favourable, without damages in many of these patients. The treatment given followed a set pattern of corticosteroids, vasodilators. It was found that the incidence of paralysis increased significantly during the coldest months (May, June and August) and also in the warmer one (February). **Conclusion:** The most common etiology in this study was Bell's Palsy prevalence among female around the age of forty years old, at extreme- low and warm-temperatures, with favourable evolution.

Key words : Bell's palsy , facial palsy, climate.

INTRODUÇÃO

A paralisia facial é a neuropatia periférica mais frequente⁽⁶⁾. A maior parte dos casos de paralisia facial periférica decorre do acometimento do nervo facial durante seu trajeto intratemporal.

Quanto às causas de paralisia facial periférica, a grande maioria dos casos é classificada como paralisia de Bell ou idiopática ou a "frigore", que correspondem aqueles casos onde não é possível identificar um agente causal. As outras causas de paralisia facial periférica se encontram na tabela 1.

* Residentes do terceiro ano de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC.

** Residentes do segundo ano de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC.

*** Auxiliar de Ensino da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC.

**** Professora Titular da Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC.

Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC, Av. Príncipe de Gales nº- 821, tel: 449-3347, CEP 09060-650, Santo André – SP, Brasil.

Endereço para correspondência para Rubens E.C. Rodrigues.: R. Estrada Velha da Penha 88 , apto 72, bloco 2, CEP 03090-020, Tatuapé, São Paulo - SP.

Tabela 1 : Outras causas de paralisia facial periférica ^(1,5,6,7,8)

- as infecciosas, dentre as quais temos as decorrentes de otite média aguda supurativa e otite média crônica, e também a Síndrome de Ramsay-Hunt ou herpes zoster oticus;
- as traumáticas, por fraturas do osso temporal, as transversas e as longitudinais sendo que as primeiras mais frequentemente cursam com paralisia facial;
- causas genéticas, como a Síndrome de Mobius (diplegia facial associada a outras alterações de nervos cranianos);
- neoplásicas, como lesões benignas e malignas de parótida, glomus jugular, tumor do VII par craniano;
- iatrogênicas, por cirurgia de parótida, de mastóide;
- metabólicas, por diabetes mellitus, gravidez, hipertireoidismo, hipertensão

Quanto a anatomia do nervo facial , este apresenta um trajeto que se inicia do ângulo ponto cerebelar e cursa lateralmente até penetrar no conduto auditivo interno , junto ao VIII par. O nervo então penetra no canal de Falópio e começa a sua porção intratemporal, dividida em segmentos labiríntico, timpânico e mastóideo. Na porção intratemporal ele dá origem a 3 grandes ramos, que são: o petroso superficial maior ,que é originado a partir do gânglio geniculado; o nervo estapediano e o corda do tímpano. Deixa o segmento mastóideo pelo forame estilomastóideo e segue o segmento extratemporal, que vai inervar os músculos da mímica facial. ⁽¹⁾

Em todos os casos de paralisia facial periférica é importante o topodiagnóstico da lesão, dividindo-a em suprageniculada e infrageniculada. Esta divisão tem grande importância no caso de uma abordagem cirúrgica do nervo facial, pois dependendo do local da lesão a abordagem pode ser via fossa média ou via mastóidea.

Os testes elétricos são utilizados no intuito de inferir sobre o grau de degeneração nervosa, visando um prognóstico do caso. O teste de excitabilidade mínima, ou Hilger é o mais comumente aplicado, onde uma diferença maior de 3,5 mA entre o lado são e o paralisado é indicativo de mau prognóstico. A eletroneurografia é considerada o padrão ouro para o eletrodiagnóstico e uma redução de 90% ou mais da

amplitude do lado paralisado é indicativo de significativa degeneração nervosa. ^(1,5)

O tratamento da paralisia facial periférica é específico quando há identificação do agente causador. Nos casos de paralisia idiopática o tratamento é controverso onde vários esquemas terapêuticos são utilizados, porém sem um consenso de qual destes tem maior eficácia.

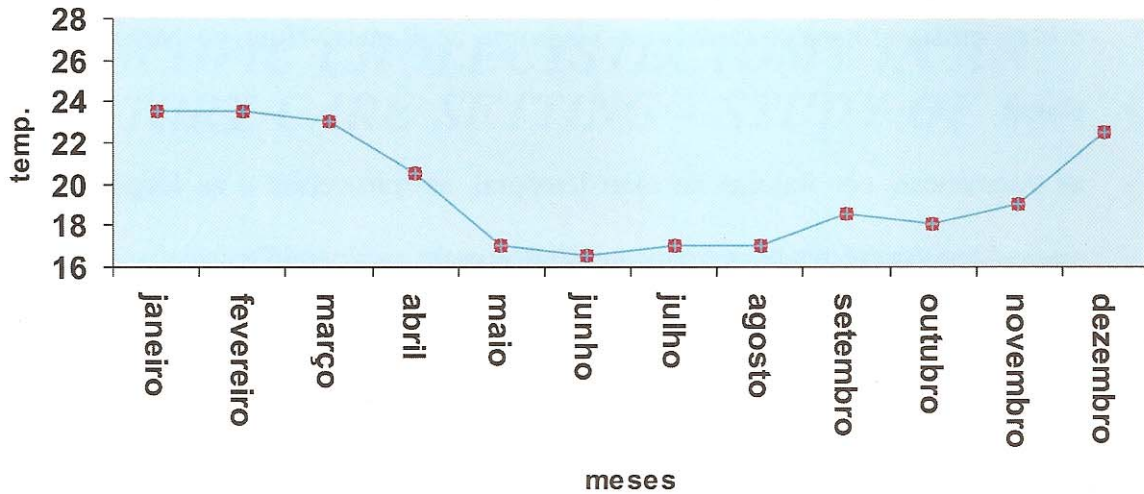
A associação entre a paralisia idiopática e o clima é controversa e segundo Yanai O . e cols ⁽⁹⁾ condições climáticas desfavoráveis , como baixa porcentagem de dias ensolarados e maior número de dias nublados , podem levar a paralisia facial periférica.

Neste estudo foram analisados todos os casos de paralisia facial periférica atendidos entre janeiro de 1999 e julho de 2000 no ambulatório de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC, enfocando as causas (idiopática, traumáticas, infecciosas e outras), prevalência em relação ao sexo e faixa etária acometidos.

Analisamos também a evolução dos casos, se evoluíram com ou sem seqüelas, a localização mais frequente de acometimento do nervo facial.

Dentre os caso de paralisia idiopática procuramos relacioná-los com o clima, tendo como variável a temperatura média mensal do ano de 1999, em São Paulo, obtida junto ao Instituto Nacional de Meteorologia (gráfico 1).

Gráfico 1: temperatura média mensal em São Paulo em 1999.



CASUÍSTICA E MÉTODOS

Foram estudados todos os pacientes com quadro de paralisia facial periférica que procuraram o ambulatório de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina do ABC, no período de janeiro de 1999 e julho de 2000. Em todos os casos, em um total de 38, foram analisados sexo, idade, etiologia, topodiagnóstico, evolução, tratamento e nos casos de paralisia de Bell relacionamos a distribuição mensal dos casos.

Para a definição da etiologia dos casos aplicou-se um protocolo com uma anamnese cuidadosa e exame físico. Na ausência de uma causa identificável os casos foram classificados como paralisia idiopática.

O topodiagnóstico foi realizado através dos testes do lacrimejamento (Schirmer), reflexo estapediano e a sensibilidade gustativa dos 2/3 anteriores da língua ⁽⁵⁾

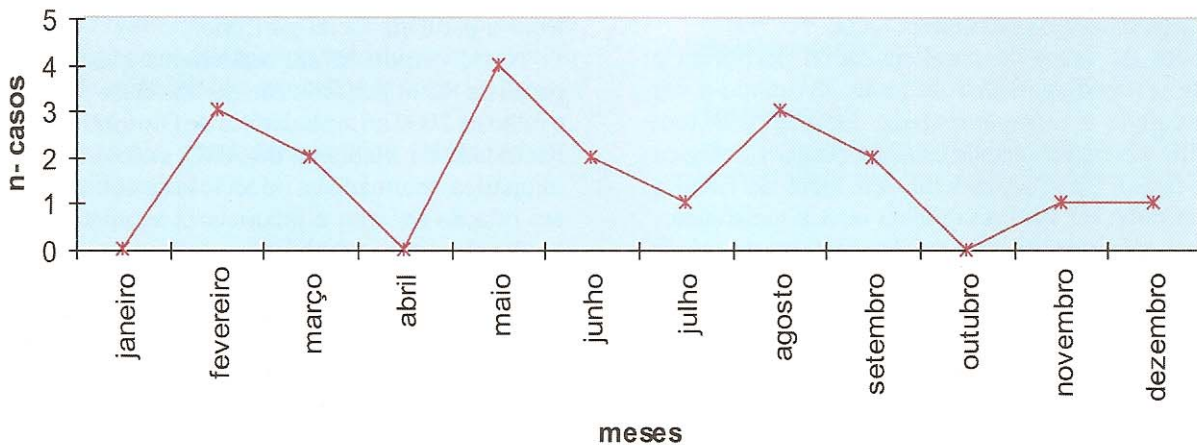
.Dividimos os casos em supra e infra geniculados.

Na avaliação inicial do paciente e para o acompanhamento evolutivo do quadro utilizamos o próprio relato do paciente, o exame físico e utilizamos a escala de Jansen para acompanhamento da paralisia facial.

O tratamento padronizado para os pacientes, exceto aqueles com contra indicações aos medicamentos e casos específicos (como secundários a OMA) foi a corticoterapia, vasodilatadores periféricos, massagens faciais e cuidados oculares (proteção ocular, uso de colírio e de pomada oftálmica).

Nos casos de paralisia idiopática de acordo com a época de aparecimento da paralisia facial periférica fizemos uma escala da distribuição mensal dos casos (gráfico 2) e relacionamos com a temperatura média mensal de 1999 obtida junto ao Instituto Nacional de Meteorologia.

Gráfico 2: Distribuição mensal dos casos de paralisia de Bell em 1999



RESULTADOS

O total de casos foi de 38 casos, sendo 20 do sexo feminino (52,6%) e 18 do sexo masculino (47,4%), com prevalência do sexo feminino de 1,1:1,0.

A idade variou de 2 a 79 anos com média de 34,2 anos de idade, sendo para o sexo feminino média de idade de 36,4 anos e para o sexo masculino média de 31,8 anos.

Foram identificados 5 casos de causas infecciosas (13,1%), sendo 2 devido a otite média aguda, 2 de Síndrome de Ramsay Hunt e 1 secundário a Moléstia de Hansen. Tivemos 3 casos (7,9%) de paralisia facial traumática, 1 de causa genética (2,7%) e 1 com Síndrome de Melkerson-Rosenthal (2,7%). Todos os outros casos, num total de 28 não identificamos uma causa e foram classificados como paralisia facial de Bell ou idiopática (73,6%).

Foram observados entre todos os casos que a localização mais frequente foi infrageniculada com 23 casos (60,6%) e a supra geniculada foi observada em 12 casos (31,5%). Em 3 casos (7,9%) não foram feitos os testes para o topodiagnóstico da lesão.

Na evolução dos pacientes, nos casos de causa infecciosa, observamos que os 2 casos de Ramsay Hunt evoluíram sem seqüelas, com recuperação completa do quadro, sendo instituído o tratamento padronizado. No caso com paralisia secundária a hanseníase a paciente foi acompanhada até o trigésimo dia de paralisia facial (depois a paciente não retornou mais), onde encontrava-se com Jansen de 55%, com diminuição acentuada da movimentação da boca e da região frontal e com boa evolução do fechamento ocular. Nos casos de OMA os dois casos evoluíram sem seqüelas com recuperação total, sendo que em 1 caso foi instituído antibioticoterapia por 10 dias (amoxicilina), corticoterapia oral, cuidados oculares e massagens faciais e no outro caso a paciente foi submetida a miringotomia à direita no sétimo dia de paralisia facial e mantida com amoxicilina 10 dias, corticoterapia e os outros cuidados acima citados.

Nos casos de paralisia traumática, um paciente com fratura longitudinal do osso temporal evoluiu com recuperação completa da movimentação da face paralisada e como seqüela manteve perfuração ampla e central de membrana timpânica e indicada timpanoplastia. Um segundo caso de fratura transversa evoluiu com seqüela importante da expressão facial e após o quadragésimo dia pós trauma não compareceu mais ao ambulatório.

No caso de fratura transversa do osso temporal a paciente evoluiu com seqüela da paralisia facial, mesmo após descompressão cirúrgica.

A paciente com Síndrome de Melkerson-Rosenthal evoluiu satisfatoriamente com regressão completa da paralisia, após tratamento com dapsona e clofazimina.

O caso de paralisia facial por provável síndrome genética foi encaminhado ao geneticista. Nestes casos não existe tratamento clínico ou cirúrgico para recuperação dos movimentos faciais e o melhor tratamento é a cirurgia plástica para correção das deformidades faciais.

Nos casos de paralisia idiopática, 22 casos (78,5%) evoluíram com recuperação completa da face paralisada. Três casos (10,7%) evoluíram com seqüela, mesmo dois destes pacientes sendo submetidos a descompressão cirúrgica do nervo facial. Os outros 3 casos (10,7%) não continuaram o acompanhamento ambulatorial.

A distribuição mensal dos casos de paralisia idiopática pode ser observada no gráfico 2 onde os meses de fevereiro, maio e agosto de 99 e fevereiro e junho de 2000 foram os com maior número de casos.

DISCUSSÃO

A paralisia idiopática é a mais freqüente das causas de paralisia facial. A maioria dos casos evolui satisfatoriamente, com índices de 85% dos casos sem seqüelas e os outros 15% evoluem com seqüela. Isso se explica provavelmente pelo fato que a grande parte desses pacientes sofre um processo de neuropraxia. Neste estudo observamos que grande parte dos casos (78,5%) evoluíram sem seqüelas, de acordo com o que encontramos na literatura médica.^(1,5,7)

O tratamento da paralisia idiopática é controverso e de acordo com as várias teorias sobre a patogênese é que ele se baseia. Alguns estudos demonstram que o uso de aciclovir para pacientes com diagnóstico de Bell tem evolução melhor do que com placebo, acreditando que o vírus do herpes simples está envolvido na patogênese da doença⁽³⁴⁾. Neste estudo não utilizamos o aciclovir, tanto pela seu discutido benefício, quanto pela dificuldade de aquisição da medicação. Optamos pelo tratamento com corticoterapia oral apesar do uso também ser controverso, porém com estudos mostrando relativo benefício com seu uso.

A associação da paralisia idiopática com o clima é igualmente controversa. Podemos observar neste estudo cruzando os dados de temperatura média mensal de 1999 obtidos junto ao Instituto Nacional de Meteorologia e a distribuição mensal dos casos que houve correlação de um maior número de casos em um dos meses de maior temperatura média mensal (fevereiro) e alguns de menor temperatura média mensal (maio, junho e agosto). Porém, segundo estudos de Yanai O. e Unno T.⁽⁹⁾ não correlacionando com temperatura média, umidade média e pressão atmosférica média, as condições climáticas desfavoráveis como baixa porcentagem de dias ensolarados e os dias nublados podem levar a paralisia facial idiopática.

Em outro estudo, de Almeida M. em Petrópolis⁽²⁾, observa que ocorreu um maior número de casos em maio, agosto, setembro e outubro, com percentual maior de 48% no final do inverno e início da primavera.

Tivemos predominância do sexo feminino e com média de acometimento na quarta década de vida, porém como muitos estudos relatam, não se observa uma predominância por sexo e a idade de maior acometimento é na terceira e quarta décadas de vida.^(1,2,5)

Os casos de paralisia traumática tiveram pior

evolução, devido provavelmente a maior comprometimento do nervo facial (neurotmeose ou axoniotmeose). Os casos de OMA, Ramsay Hunt, Melkerson Rosenthal evoluíram bem, apesar de na literatura grande parte dos casos de herpes oticus evoluir com alguma seqüela.

CONCLUSÕES

O estudo mostrou que houve uma discreta prevalência do sexo feminino e com média de idade de 34,2 anos.

A maior parte dos casos foi diagnosticada como

paralisia facial idiopática (Bell), seguida pela ordem de causas infecciosas, traumáticas, Melkerson-Rosenthal e genética. O local de lesão do nervo facial foi em grande parte infrageniculado.

A evolução dos casos foi satisfatória, sem seqüelas na maior parte deles, com exceção dos casos de causa traumática.

Os casos de paralisia idiopática tiveram maior incidência nos meses de fevereiro, maio e agosto de 1999 e fevereiro e junho de 2000, e de acordo com os dados do Instituto Nacional de Meteorologia de 1999, ocorreram em um dos meses de maior (fevereiro) e outros de menor (maio, agosto) temperatura média mensal.

Referências Bibliográficas

1. DA COSTA, S. S.; CRUZ, O. L. M.; DE OLIVEIRA, J. A. A. & COLS.: Otorrinolaringologia. Princípios e Prática.; Porto Alegre.; Artes Médicas.;193- 209.; 1994.
2. DE ALMEIDA, M. A. M. : Paralisia Facial Periférica em Petrópolis.; *Arq Neuro-Psiquiat.*; 50(1).; 60-4.; 1992.
3. FRIEDMAN, R. A. : The Surgical Management of Bell's Palsy: Review.; *Am J Otol.*; 21(1).; 139-44.; 2000.
4. FURUTA, Y.; OHTANI, F.; KAWABATA, H.; FUKUDA, S.; BERGSTROM, T.: High prevalence of varicella-zoster virus reactivation in herpes simplexvirus- seronegative with acut peripheral facial palsy.; *Clin Infect Dis.*; 30 (3).; 529-33.; 2000.
5. HUNGRIA, H.; Otorrinolaringologia.; 7ª edição.; Rio de Janeiro.; Guanabara Koogan.; 351- 371.; 1995.
6. JACKSON, C. D. & VON DOERSTEN, P. G.; The facial nerve. Current trends in diagnosis, treatment, and rehabilitation. *Med Clin North Am*; 83(1); 179-95.; 1999 .
7. KEANE, J. R.: Bilateral seventh nerve palsy: analysis of 43 cases and review of the literature.; *Neurology.*; 44(7).; 1198-202.; 1994.
8. SMITH, V.; TRAQUINA, D. N. : Pediatric Bilateral Facial Paralysis.; *Laryngoscope.*; 108.; 519-23.; 1998.
9. YANAI, O. & UNNO, T. ; Relationship between Idiopathic Peripheral Facial Paralysis and Climate. *Acta Otolaryngol Suppl (Stockh).*; 446.; 27-9.; 1988.