



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde



PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

– Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em Medicina –

João Albuquerque Coelho Seabra Barreira

Covilhã, Junho 2010



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Faculdade de Ciências da Saúde



PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA: IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA

– Dissertação para Obtenção do Grau de Mestre em Medicina –

João Albuquerque Coelho Seabra Barreira

Orientadora: Dr.^a Susana Abreu

Covilhã, Junho 2010

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Medicina, realizada sob a orientação científica da Dr.^a Susana Abreu, Médica Fisiatra do Hospital Sousa Martins, ULS da Guarda, EPE.

"O descontentamento é o primeiro passo na evolução de um homem ou de uma nação"

Oscar Wilde

RESUMO

INTRODUÇÃO

A paralisia facial periférica geralmente apresenta um prognóstico benigno, mas não deve ser subvalorizada, pois pode provocar sequelas graves de ordem psicológica e social. As escalas de classificação da disfunção do nervo facial avaliam apenas as manifestações físicas da PFP. Contudo, o mesmo grau de paralisia pode ter impactos diferentes na qualidade de vida de cada doente, uma vez que esta engloba uma valorização pessoal. A nível mundial, praticamente não se conhecem estudos sobre o impacto da PFP na qualidade de vida, para além dalguns estudos pós-cirúrgicos.

OBJECTIVO

Avaliar, na altura da realização do estudo, a função facial dos doentes atendidos no Hospital Sousa Martins no período de 2006 a 2008 assim como o impacto das sequelas na sua qualidade de vida. Procurar factores preditivos da função social.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo retrospectivo e prospectivo. O questionário Facial Clinimetric Evaluation (FaCE) foi aplicado por entrevista telefónica a todos os participantes no estudo. Elegemos o score da função social (SFS) como o mais relevante para o trabalho. Os pacientes foram categorizados em recuperados (R) e não recuperados (NR) e os dois grupos foram comparados. Dentro dos NR foi realizada análise comparativa de subgrupos, quanto à idade, sexo e tempo de recuperação. O SFS foi relacionado com a idade e com os outros scores avaliados pelo questionário FaCE.

RESULTADOS/DISCUSSÃO

Um total de 70 questionários foram respondidos (taxa de resposta de 77,8%). Trinta e oito participantes (54%) consideravam-se completamente recuperados (R) e 32 (46%) consideravam que não (NR). O grupo NR tinha uma função social significativamente inferior ao grupo R ($p<0,05$). Dentro dos subgrupos dos NR, não houve diferenças estatisticamente significativas quanto à idade, sexo e tempo de recuperação ($p<0,05$). A idade não estava relacionada significativamente com o SFS ($p<0,05$). Exceptuando o score de controlo lacrimal, todos os scores estavam relacionados significativamente com o SFS ($p<0,05$) contudo nenhum apresentou uma forte correlação.

CONCLUSÃO

É importante que os aspectos que dizem respeito à qualidade de vida sejam abordados na consulta médica para assim proporcionar uma melhoria do bem-estar do doente e conseqüentemente a hipótese de recuperação. Cada vez mais estudos apontam para o facto do impacto na qualidade de vida dos doentes não ser proporcional à severidade da PF e não poder ser previsível pelo sexo, idade e tempo de recuperação dos participantes. Todos os doentes com PFP estão em risco psico-social e portanto este deve ser sempre avaliado, para que possam ser tomadas medidas para minimizar as suas conseqüências e com isso maximizar a recuperação clínica e funcional.

Palavras-Chave: paralisia facial; periférica; Bell; idiopática; impacto; qualidade de vida; FaCE; nervo facial; PFP;

ABSTRACT

INTRODUCTION

The peripheral facial paralysis (PFP), generally presents a benign prognosis, but should not be undervalued, because it can cause serious psychological and social sequelae. Facial nerve dysfunction classification scales only assess the physical manifestations of the PFP. However, the same degree of paralysis can have different impacts on the quality of life of each patient, since this involves a personal valorization. Worldwide, almost no studies on the impact of PFP on quality of life are known, in addition to some post-surgical studies.

OBJECTIVE

Assess at the time of conducting the study, the facial function of patients treated at the Hospital Sousa Martins between 2006 to 2008 as well as the impact of sequelae on quality of life. Try to find predictors for social function.

METHODS

We conducted a retrospective and prospective study. The Facial Clinimetric Evaluation (FaCE) questionnaire was administered by telephone interview to all participants in the study. We chose the social function score (SFS) as the most relevant for our work. Patients were categorized as recovered (R) and not recovered (NR) and the two groups were compared. Within the NR comparative analysis of subgroups was performed according to age, sex, and recovery time. The SFS was related to age and to other questionnaire scores evaluated by the FaCE questionnaire.

RESULTS/DISCUSSION

A total of 70 questionnaires were returned (response rate 77.8%). Thirty-eight participants (54%) considered themselves completely recovered (R) and 32 (46%) believed that were not (NR). The NR group had a significantly lower social function compared to the R group ($p < 0.05$). Within the NR subgroups, no statistically significant differences in age, sex and length of recovery was found ($p < 0.05$). The age was not significantly related to the SFS ($p < 0.05$). Except for the lacrimal control score, all scores were significantly related to the SFS ($p < 0.05$) but none showed a strong correlation.

CONCLUSION

It is important that the issues that concern the quality of life are addressed in medical consultation to facilitate a greater well-being of the patient and hence the chance of recovery. Studies increasingly point out the fact that patients impact on quality of life is not proportional to the severity of their PF and cannot be predicted by gender, age and time of recovery. All patients with PFP are in psycho-social risk and therefore it should always be evaluated, so measures may be taken to minimize its consequences and thus maximize the clinical and functional recovery.

Keywords: facial paralysis; palsy; Bell; peripheral; impact; quality of life; idiopathic; FaCE; facial nerve; PFP.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior pela aprendizagem de elevada qualidade que me foi proporcionada.

À minha orientadora, Dr.^a Susana Abreu, por ter aceite o meu convite para orientar a minha dissertação de Mestrado, pela simpatia e disponibilidade que sempre demonstrou e acima de tudo pela sua paciência e pragmatismo que foram essenciais à realização deste trabalho.

Ao meu primo Guilherme, pelo auxílio estatístico, e também à Professora Doutora Célia Nunes do departamento de Matemática da Universidade da Beira Interior.

Aos meus pais, irmãos e toda a minha família pelo apoio incondicional desde o momento longínquo em que a entrada no curso de medicina não passava de um desejo difícil de realizar. E em especial à minha Tia Lena.

A todos os meus amigos por terem contribuído para a minha sanidade mental durante este período atribulado, mas em especial à Vânia, Mafalda, Mariana, Daniel, Diana e Bruno.

LISTA DE ABREVIATURAS

DM - Diabetes mellitus	RM - Ressonância Magnética
EMG - Electromiografia	SCF - Score Conforto Facial
ENoG - Electroneurografia	SCL - Score Conforto Lacrimal
FaCE - Facial clinimetric evaluation	SCO - Score Conforto Ocular
FDI - Facial Disability Index	SD – Desvio padrão
HBS - House-Brackman score	SF-36 - Short-Form 36 item
HSM - Hospital Sousa Martins	SFO - Score Função Oral
M – Média	SFS - Score Função Social
Max - Máximo	SMF - Score Movimento Facial
Mdn – Mediana	SNC - Sistema Nervoso Central
Min – Mínimo	SRH - Síndrome de Ramsay Hunt
MST - Teste de Máxima Estimulação	ST - Score Total
N - Número de observações	TC - Tomografia computadorizada
NET - Teste Excitabilidade Nervosa	TR - Tempo de recuperação
NR - Não Recuperados	VHS - Vírus herpes simples
OMS - Organização Mundial de Saúde	VHS-1 -Vírus herpes simples tipo 1
PB - Paralisia de Bell	VVZ - Vírus Varicela Zoster
PCR -Reacção em Cadeia da Polimerase	YGS - Yanagihara grading system
PF – Paralisia Facial	
PFC - Paralisia facial central	
R – Recuperados	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Trajectória do Nervo Facial	6
Figura 2: Estruturas inervadas pelo Nervo Facial	12
Figura 3 Paralisia de Bell na fase aguda.....	20
Figura 4 Resultados do Questionário FaCE	36

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: PF Central e PF Periférica	15
Tabela 2: Achados Suspeitos de Neoplasia	18
Tabela 3 Correspondência entre escalas.....	23
Tabela 4: Indicadores de mau prognóstico na PB	29
Tabela 5: Questionários não respondidos.....	35
Tabela 6: Resultados do Questionário FaCE.....	36
Tabela 7: Diferença no SFS entre Recuperados e Não Recuperados.....	37
Tabela 8: Análise Subgruparal nos Não Recuperados.....	37
Tabela 9: Correlação da Idade com o SFS	39
Tabela 10: Correlação dos outros scores com o SFS.....	39

ÍNDICE

RESUMO.....	III
ABSTRACT	V
AGRADECIMENTOS	VII
LISTA DE ABREVIATURAS.....	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
ÍNDICE DE TABELAS	IX
INTRODUÇÃO.....	3
Objectivo.....	4
REVISÃO DA LITERATURA	6
I-Anatomia do nervo facial	6
II-Patofisiologia	13
III-Diagnóstico diferencial.....	15
IV-Diagnóstico.....	20
V-Classificação	23
VI-Tratamento.....	24
VI-Prognóstico.....	28
III-METODOLOGIA	30
Tipo de estudo.....	30
População alvo	30
Recolha de informação	30
Inquérito telefónico	31
Análise estatística.....	32
RESULTADOS	35
Recuperados vs Não recuperados	37

Análise subgrupal nos não recuperados.....	37
Correlação da idade com o SFS.....	39
Correlação dos outros scores com o SFS.....	39
DISCUSSÃO.....	40
CONCLUSÕES.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	46
ANEXOS.....	51
ANEXO A: Escala FaCE.....	52
ANEXO B: Folheto informativo.....	54

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença (1).

Assim, conhecer o impacto na qualidade de vida de cada patologia é essencial para avaliar a eficácia do tratamento, entender melhor a evolução e a adaptação do indivíduo. Com essa informação é possível racionalizar os recursos, facilitar a reabilitação e prever o seu prognóstico.

A comunicação é um aspecto central na vida em sociedade. As pessoas trocam informações de maneiras variadas recorrendo não só às palavras mas também à sua expressão facial, essencial para manifestar emoções. Quando não as podemos manifestar com eficácia podemos ser interpretados de maneira errada. Mais ainda, vivemos numa sociedade em que a aparência estética é considerada fundamental para a afirmação do indivíduo. Embora ninguém tenha o rosto simétrico, se a assimetria se tornar acentuada pode tornar-se um problema com consequências devastadoras na auto-estima. Como em outras funções, por exemplo, a capacidade de sorrir só é valorizada no momento em que deixamos de a possuir.

Paralisia facial periférica (PFP), resultante da disfunção do nervo facial é a mais comum das patologias dos pares cranianos (2). Embora geralmente apresente um prognóstico benigno (3,4) , não pode ser subvalorizada, pois pode provocar sequelas graves de ordem psicológica e social (5,6) .

As escalas de classificação da disfunção do nervo facial avaliam apenas as manifestações físicas da PFP. Contudo, o mesmo grau de paralisia pode ter impactos diferentes na qualidade de vida de cada doente, uma vez que esta engloba uma valorização pessoal (7).

Para a avaliação da função psico-social na PFP estão descritas as seguintes escalas (8): Facial Disability Index (FDI), Short-Form 36 item questionnaire (SF-36) e Facial Clinimetric evaluation scale (FaCE).

Recentemente tem havido um crescente interesse na avaliação da qualidade de vida pós-cirúrgica dos pacientes com neurinoma do acústico (7, 9-11). De realçar o estudo de Lee et al. publicado em 2007 (7), que servirá de referência principal ao presente estudo.

Existem poucos trabalhos portugueses publicados sobre paralisia facial periférica. A nível mundial, praticamente não se conhecem estudos sobre o impacto da PFP na qualidade de vida, para além de alguns estudos pós-cirúrgicos.

Por estes motivos decidiu-se realizar o presente trabalho.

OBJECTIVO

A OMS define qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto dos sistemas culturais e de valores em que vive, e em relação aos seus objectivos, expectativas, princípios e preocupações (1). Neste sentido a tese que se apresenta questiona se a PFP terá implicações da qualidade de vida do indivíduo afectado.

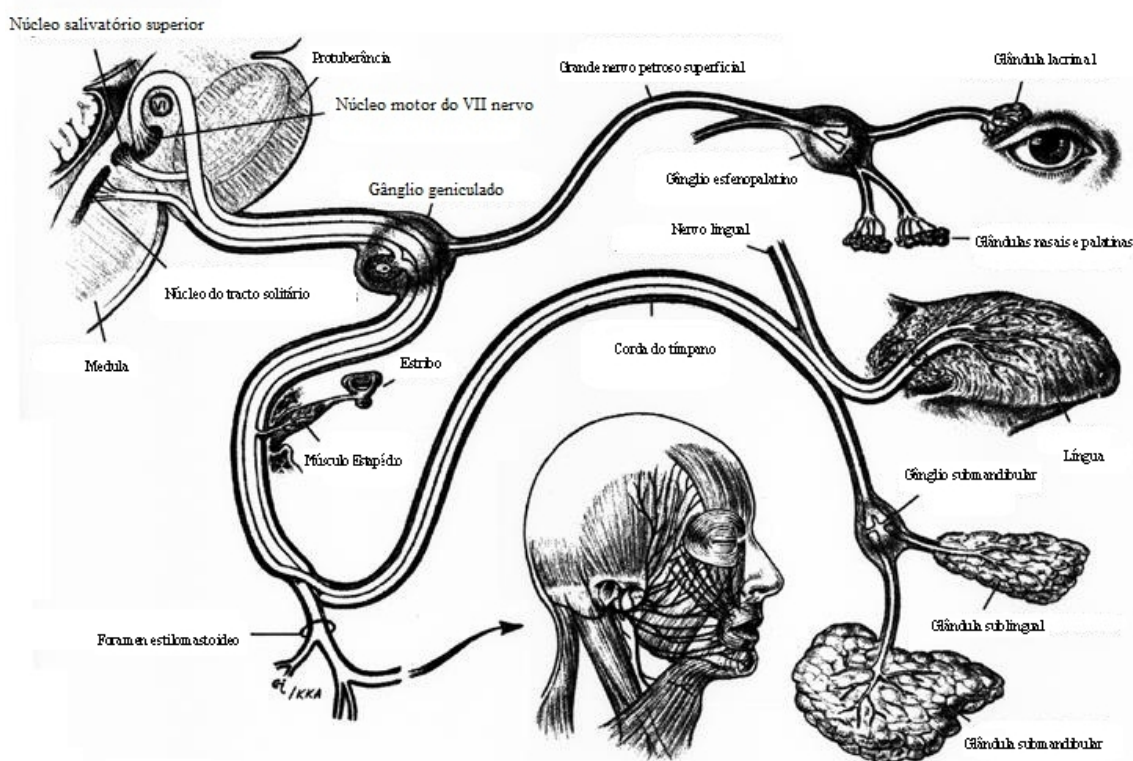
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar os doentes com PFP nos doentes atendidos no Serviço de Urgência do Hospital Sousa Martins (HSM) no período de 2006 a 2008
- Identificar os doentes atendidos com PFP na consulta de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Sousa Martins nos anos de 2006 a 2008
- Avaliar, na altura da realização do estudo, a função facial destes doentes assim como o impacto das sequelas na sua qualidade de vida
- Tentar encontrar factores preditivos da função social
- Elaborar um folheto informativo sobre PFP para distribuir aos seus portadores atendidos no Serviço de Urgência ou noutras consultas do Hospital.

REVISÃO DA LITERATURA

I-ANATOMIA DO NERVO FACIAL

O nervo facial é o VIIº par craniano, e é considerado o mais complexo, não só por ter múltiplos componentes: motores (cerca de 80%), sensitivos e autonómicos, mas também devido ao seu longo trajecto intra e extracraniano, em que se relaciona com múltiplas estruturas aí existentes (3).



ADAPTADO DE DR. LAWRENCE KINDO, SEPTEMBER 29, 2009

Figura 1 Estruturas inervadas pelo Nervo facial

No seu percurso, desde o córtex cerebral até às ramificações terminais nos

músculos da face, o nervo facial pode ser dividido em 3 segmentos: supranuclear, nuclear e infranuclear (12-15).

1) Segmento Supranuclear é formado pelos:

➤ **tractos corticonucleares voluntários** que são constituídos pelos axónios dos neurónios que têm origem no giro pré-central do córtex cerebral, correspondente às áreas 4,6 e 8 de Broadmann. Caminham até atingirem o núcleo motor do facial, localizado na ponte. Nesta estrutura a maioria das fibras nervosas atravessam o mesencéfalo para se dirigirem ao núcleo facial contra lateral. Um pequeno número de fibras inerva o núcleo facial ipsilateral, das quais a maior parte está destinada ao ramo temporal do facial.

➤ **fibras extrapiramidais** provenientes do hipotálamo, globus pallidus e lobo frontal, que convergem no núcleo do facial. São responsáveis pelo controlo da expressão facial involuntária associada à emoção.

2) Segmento Nuclear

O seu núcleo localiza-se no soalho do IV^o ventrículo, descrevendo um trajecto circular em torno do núcleo do motor ocular externo, e é acompanhado pelo nervo intermediário de Wrisberg e pelo nervo estato-acústico. Atravessa a região do ângulo ponto-cerebeloso, dirigindo-se ao meato acústico interno, onde, no fundo deste, penetra no canal ósseo do aqueduto de Falópio.

A relação íntima entre o nervo facial e o estato-acústico é fulcral, isto porque o ângulo ponto-cerebeloso é uma localização comum para tumores do sistema nervoso central, como o neurinoma do acústico. O nervo facial está especialmente vulnerável nesta localização, quer por compressão por crescimento tumoral, quer por lesão

decorrente de ressecção cirúrgica.

O núcleo é constituído por um grupo ventral de neurónios (responsáveis pela motricidade da metade inferior da face) e outro dorsal (responsável pela motricidade da metade superior da face). Uma parte das fibras dos feixes corticonucleares que se dirigem para os grupos de células dorsais cruza a linha média, resultando em inervação ipsi- e contralateral dessa parte do núcleo.

A grande maioria das fibras dos feixes corticonucleares que se dirigem para o grupo de células ventrais cruza a linha média e atingem os núcleos contralaterais. A lesão isolada do núcleo do facial caracteriza-se por uma paralisia do tipo periférico, ou seja, com o comprometimento da musculatura de toda a face ipsilateral.

Os axónios que saem dos neurónios do núcleo motor do facial fazem uma alça em redor do nervo abducente (VI^o nervo craniano). Devido a essa estreita relação, as lesões do segmento nuclear do facial estão frequentemente associadas a comprometimento do nervo abducente.

3) Segmento Infranuclear

O tronco do nervo facial, constituído pelo nervo facial propriamente dito e pelo nervo intermediário, emerge do tronco encefálico na porção contralateral do sulco bulbopontino, na altura do ângulo ponto-cerebeloso.

Desde sua saída do tronco até os ramos terminais na face é subdividido em 6 segmentos: pontino (intracraniano), meatal, labiríntico, timpânico, mastoideu e

extratemporal.

- a) **Segmento Pontino ou Intracraniano (10 mm):** tem início no núcleo de origem onde se junta ao nervo estato-acústico (VIII par craniano) e intermediário até penetrarem no meato auditivo interno. As lesões desse segmento caracterizam-se pela associação de deficits vestibulares e cocleares, além de PFP homolateral.
- b) **Segmento Meatal (8 mm):** Os dois componentes do nervo facial (o nervo facial propriamente dito e o nervo intermediário) penetram no meato acústico interno, onde perdem sua individualidade, constituindo um tronco único, até penetrarem no aqueduto de Falópio. Um septo ósseo conhecido como crista falciforme separa este espaço da área do vestíbulo superior. Esta área superior é separada da inferior pela crista transversa e na porção inferior encontra-se o nervo vestibular inferior e o nervo coclear. Neste segmento o nervo facial é muito resistente a processos de estiramento ou de compressão com evolução lenta. Por esse motivo, lesões provocadas por processos expansivos, como as próprias do neurinoma do acústico, manifestam-se frequentemente por alterações gustativas, das secreções lacrimal e salivar, decorrentes do comprometimento do nervo intermediário, e só tardiamente surgem alterações motoras devidas à lesão do nervo facial.
- c) **Segmento Labiríntico ou Proximal (3,5-4 mm comprimento):** recebe este nome devido a sua localização imediatamente posterior à cóclea. Inicia-se no fundo do meato e termina no gânglio geniculado. É o mais estreito dos segmentos do nervo facial. É a única área do nervo facial que não é irrigada por anastomoses arteriais em forma de arcada, sendo por esta razão especialmente vulnerável a processos isquêmicos, embólicos

e a compressão vascular.

O gânglio geniculado é formado pela junção do nervo intermediário e do nervo facial. Esta estrutura recebe fibras aferentes adicionais dos 2/3 anteriores da língua. O gânglio geniculado origina 3 ramos:

- **Grande nervo petroso superficial:** transporta fibras secretomotoras para a glândula lacrimal
- **Pequeno nervo petroso superficial:** transporta fibras secretoras para a glândula parótida. Transporta também contribuições do plexo timpânico e do nervo intermediário.
- **Nervo petroso externo:** transporta fibras simpáticas para a artéria meníngea média.

d) Segmento Timpânico ou Horizontal (8-11mm): estende-se desde o gânglio geniculado até ao canal semicircular horizontal. O nervo facial passa atrás do processo cocleariforme e tensor timpânico. Geralmente, o processo cocleariforme pode ser utilizado para localizar o nervo facial. A parede pode ser bastante fina ou discente nesta área. Por isso, a mucosa do ouvido médio pode estar em contacto com o nervo facial, especialmente em pacientes com malformações congénitas do ouvido.

Percorre posterior e inferiormente ao processo cocleariforme e superiormente à janela oval, fazendo uma segunda curva (segundo joelho com 110-120 graus) em direcção ao canal semicircular lateral, passando inferiormente a este. Este segmento divide-se em duas porções: vertical ou cocleariforme (proximal), horizontal ou estapédica (distal) de onde ocorre a emissão do terceiro ramo (nervo estapédio).

e) Segmento Mastoideu (10-14 mm comprimento): é o segmento intratemporal mais longo do nervo facial. Estende-se verticalmente desde a caixa timpânica até ao foramen estilomastoideu. **Os 3 ramos que se originam neste segmento são:**

- **nervo para o músculo estapédio**
- **nervo da corda do tímpano** é o ramo terminal do nervo intermediário.

Transporta fibras secretomotoras pré-ganglionares para as glândulas submaxilar e sublingual. Transporta também fibras aferentes sensitivas especiais, dos 2/3 anteriores da língua e da parede posterior do canal auditivo externo.

- **nervo do ramo auricular do vago:** pode transportar fibras dolorosas para o canal auditivo posterior

f) Segmento extratemporal: inicia-se junto ao foramen estilomastoideu e ao atingir a parótida, começa a dividir-se em temporo-facial e cérvico-facial (12).

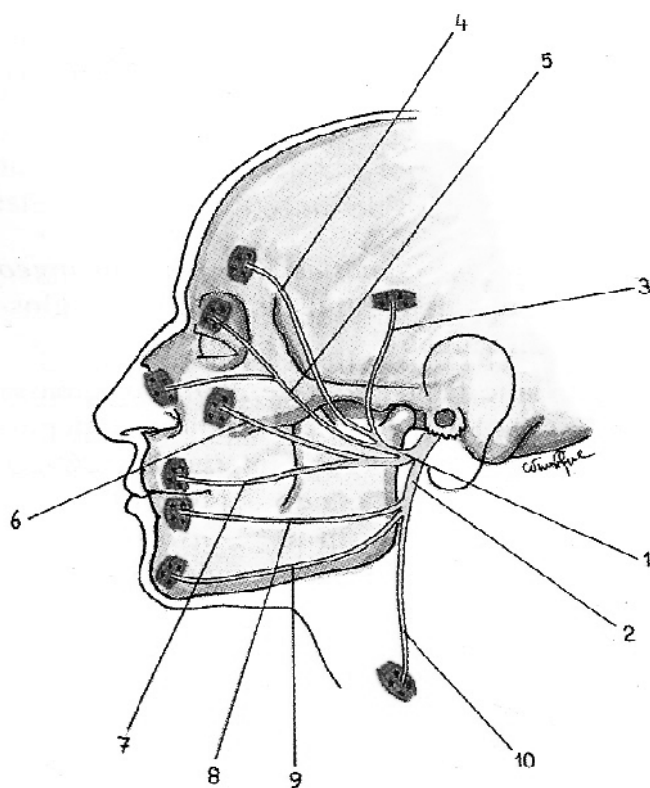
➤ **Ramo temporo-facial**

- **ramos temporais:** inervam o músculo auricular anterior e os músculos da face externa do pavilhão auricular
- **ramos infra-orbitários:** inervam os músculos grande e pequeno zigomático, elevador comum da asa do nariz e do lábio superior, elevador do lábio superior, canino, nasal e mirtiforme.
- **ramos bucais superiores:** inervam os músculos bucinador e semi-orbicular superior.
- **ramos frontais:** inervam o ventre frontal do músculo occipito-frontal.
- **palpebral:** inerva os músculos supraciliar, piramidal do

nariz e orbicular das pálpebras.

➤ **Ramo cérvico-facial**

- **ramos bucais inferiores:** inerva os músculos risório de Santorini e o semi-orbicular inferior
- **ramos mentonianos:** inervam os músculos triangular dos lábios, quadrado do mento, da borla do mento e transverso do mento.
- **ramos cervicais:** inervam o músculo subcutâneo do pescoço.



Ramos terminais do nervo facial

1. Ramo têmporo-facial – 2. Ramo cérvico-facial
3. Ramos temporais – 4. Ramos frontais – 5. Ramos palpebrais – 6. Ramos infra-orbitários – 7. Ramos bucais superiores – 8. Ramos bucais inferiores – 9. Ramos mentonianos – 10. Ramos cervicais

Fonte: (12)

Figura 2: Ramos terminais do nervo facial

Após sair do foramen estilomastoideu, pode ramificar-se de maneira variada, contudo os ramos são sempre encontrados em planos anatómicos precisos (16) .

O nervo facial anastomosa-se com os nervos: trigémio, glosso-faríngeo, pneumogástrico, simpático e grande nervo occipital de Arnold (12) .

II-PATOFISIOLOGIA

Convém lembrar as camadas que envolvem o nervo (13):

a) Endoneuro: aderente à camada de células de Schwann dos axónios, envolve cada fibra nervosa.

b) Perineuro: camada intermédia que providencia força tênsil ao nervo. É a primeira barreira à propagação de infecções.

c) Epineuro: camada externa do nervo que contém os *vasa nervorum*, que providenciam a irrigação sanguínea do nervo.

O nervo facial é constituído por aproximadamente 10000 fibras nervosas, das quais aproximadamente 7000 são fibras motoras mielinizadas (13) .

O modelo mais utilizado mundialmente para a classificação da lesão nervosa é o originalmente proposto por Sunderland (1953), que classificou os graus de lesão nervosa em 5 tipos (13,17).

Nas lesões de 1º grau também chamadas de neuropraxia, ocorre um bloqueio fisiológico produzido pelo aumento da pressão intraneural. As camadas envolventes do nervo não são afectadas e o nervo é capaz de estimulação, ocorre um retorno completo da função sem ocorrência de sincinese.

As lesões de 2º grau, apelidadas de axonotmese, são provocadas por um mecanismo semelhante, contudo a compressão não é aliviada, o que resulta em degeneração axonal. É expectável uma recuperação excelente, embora possa demorar vários meses. A estimulação nervosa está comprometida.

Os graus 3 a 5 de lesão nervosa envolvem a perda da camada endoneuro, perineuro e epineuro, respectivamente. As lesões de grau 4 e 5 implicam transecção parcial ou completa do nervo. A regeneração é incompleta e as sincinésias são inevitáveis. A reparação do nervo facial é geralmente proposta em casos de paralisia completa.

Central a esta classificação é a noção de que a recuperação axonal depende da integridade dos elementos do tecido conjuntivo do tronco nervoso. Sendo assim prevê uma grande probabilidade de recuperação completa quando o endoneuro permanece intacto, como é o caso nas lesões de 1º e 2º grau. Pelo contrário, a lesão do endoneuro, como na lesão de 3º grau ou superior, aumenta a probabilidade de lesão axonal irreversível e de padrões aberrantes de regeneração (13).

III-DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

PF CENTRAL/PF PERIFÉRICA: O atingimento de toda musculatura mímica unilateral surge na chamada paralisia facial periférica, que surge quando a lesão está no núcleo ou abaixo dele. Nas lesões supranucleares, haverá alteração da musculatura mímica do andar inferior da face e portanto paralisia facial central (3). Na tabela 1 que se segue, enumeramos as alterações distintivas das duas situações.

Tabela 1: PF Central e PF Periférica (3)

PFC	PFP
Paresia unilateral dos movimentos voluntários inferiores da face poupando o músculo frontalis	Paresia unilateral de todos os músculos da mímica facial incluindo o músculo frontalis
Fraqueza dos músculos faciais menos aparente na resposta emocional do que nos movimentos voluntários	Fraqueza dos músculos faciais igualmente aparente na resposta emocional e nos movimentos voluntários
Preservação ou acentuação dos reflexos faciais	Supressão dos reflexos faciais
Preservação do paladar nos 2/3 anteriores da língua	Possível ageusia
Lacrimação normal	Lacrimação possivelmente anormal

PFC: Paralisia facial central; PFP: Paralisia facial periférica

A paralisia facial periférica pode ter uma causa detectável (25%), sendo neste caso denominada paralisia facial secundária, ou pelo contrário ser idiopática (75%), como acontece na maioria dos casos (18).

A paralisia facial idiopática é denominada de Paralisia de Bell (PB). A PB é portanto um diagnóstico de exclusão (4).

EPIDEMIOLOGIA: A incidência anual da PB é estimada entre 20-25 casos por 100.000 habitantes (19-21). O pico de incidência ocorre entre a 2ª e 4ª década de vida (18) . Homens e mulheres são igualmente afectados (20). A PB é hereditária em 4-14% dos casos (22).

ETIOLOGIA: Em 1972, McCormick (23) postulou que a reactivação do vírus herpes simples (VHS) poderia estar associada a PB, desde então vários investigadores publicaram estudos apoiando esta hipótese. A etiologia viral ganhou imensa popularidade (13). Embora este assunto não esteja ainda totalmente esclarecido, há cada vez mais evidências de que em grande número de casos a paralisia é ocasionada pela resposta imunológica por reactivação do VHS tipo 1 (VHS-1) (4,20). Ensaios em que foi realizada a reacção em cadeia da polimerase (PCR) identificaram este vírus no líquido endoneural, músculo auricular posterior e saliva (24).

Josef e Finsterer em 2008 fizeram um levantamento das causas de PFP unilateral descritas na literatura (4):

- a) Metabólicas: Diabetes mellitus (DM), Pré-eclâmpsia
- b) Enfartes
- c) Infecções: lepra, otite média, mastoidite, vírus herpes simples, vírus varicela zoster , influenza, doença de Lyme, criptococose, neurocisticercose, toxocaríase, meningite tuberculosa, parotidite ou abscesso parotídeo, otite externa maligna, sífilis
- d) Cirurgia: Remoção de tumores do ângulo ponto-cerebeloso
- e) Trauma: traumatismo craniano e parto traumático.
- f) Tumores: neurinoma do nervo facial e do ângulo ponto-cerebeloso, da protuberância, do osso petroso, do ouvido médio, leucemia, da glândula parótida e

linfoma.

- g) Imunológicas: Síndrome de Guillain-Barré, Síndrome de Miller-Fisher, Lupus eritematoso sistémico, Miastenia Gravis
- h) Medicamentosas: Interferão, Linezolide
- i) Outras: Síndrome de Möebius, Síndrome de Melkerson-Rosenthal, sarcoidose, histiocitose, autismo, Síndrome de Asperger, Parkinson.

SÍNDROME RAMSAY-HUNT (SRH): O *herpes zoster oticus* é uma infecção viral do ouvido externo, médio e interno. Manifesta-se por otalgia, disfunção vestibulococlear e erupções vesiculares geralmente presentes no canal auditivo externo (25) . Quando está associado a paralisia facial, adquire o nome de síndrome de Ramsay Hunt. É a segunda causa mais comum de PFP, e é causada pela reactivação do vírus varicela zoster (VVZ) (25,26). O seu diagnóstico é por vezes dificultado pela presença de *zoster sine herpete*, conceito aplicado aos doentes com evidência laboratorial de infecção por VVZ que não apresentam as típicas vesículas (3). A dor severa sugere infecção por VVZ que pode preceder a erupção vesicular – nevralgia pré-herpética. Por vezes é o único sintoma evocador desta síndrome (20). Embora pertençam ambos à família Herpesviridae, o VVZ é mais virulento que o VHS-1 implicado na PB, por isso é importante fazer o diagnóstico diferencial o mais precocemente possível (26). Isto porque a SRH tem indicação formal para tratamento antivírico e em dose superior ao eventualmente indicado para o tratamento do VHS (4,26) . A PFP inserida na SRH apresenta um prognóstico pior de recuperação do que a PB (3,4,25). Estudos demonstraram que 2,4-19% dos casos anteriormente classificados como PB são na verdade SRH (25).

TUMORES: Uma grande variedade de neoplasias podem provocar PF, que geralmente têm início insidioso (3). Cerca de 27% pacientes com neoplasias que envolvem o nervo facial sofrem de PFP aguda, pelo que a evolução não distingue com certeza as duas entidades(13). Na tabela que se segue são enumeradas algumas características que evocam etiologia tumoral.

Tabela 2: Achados Suspeitos de Neoplasia (13)

SINAIS DE ALARME
Progressão da paralisia facial após 3 semanas
Ausência de qualquer recuperação da função facial após 3-6 meses do início.
Falha na resolução de uma paresia incompleta após 2 meses
Hipercinesia facial prévia à PF, particularmente com hemiespasma facial
Disfunção associada de outros nervos cranianos
Otalgia e dor facial prolongadas
PF ipsilateral recorrente
Massa presente no ouvido médio, canal auditivo externo, região do digástrico ou da glândula parótida

GRAVIDEZ: Cohen et al. fizeram em 2000 uma revisão da ocorrência de PFP na gravidez. Concluíram que as mulheres em idade fértil são afectadas 2-4 vezes mais que os homens da mesma idade, as grávidas são afectadas 3 vezes mais do que as não grávidas, e a PFP ocorre especialmente no 3º trimestre da gravidez ou no puerpério (27).

PF CONGÉNITA: No recém-nascido é importante distinguir a disfunção do nervo facial provocada por malformações congénitas da provocada por trauma, porque o prognóstico é consideravelmente melhor neste caso (3). Considera-se sugestivo de traumatismo a utilização de fórceps durante o parto, equimose periauricular, hemotímpano, paralisia do

plexo braquial e edema. Por outro lado a atresia do canal auditivo externo e a presença de malformações congénitas noutra localização do corpo são achados compatíveis com origem malformativa (3).

Existem inúmeras síndromes que apresentam a paralisia facial congénita como manifestação, destacam-se as síndromes cardiofacial e a de Möebius (3). Na síndrome cardiofacial observa-se assimetria facial visível durante o choro, mas não em repouso, pode estar associado a malformações cardíacas congénitas e outras anomalias. A síndrome de Möebius consiste numa paralisia bilateral do nervo facial e abducente, associada a malformações orofaciais e dos membros. Estas crianças geralmente têm baixa auto-estima e dificuldade de integração social devido à incapacidade para manifestar emoções (3,28).

PF INFANTIL: Embora a paralisia facial também ocorra em crianças, é cerca de duas a quatro vezes menos frequente do que no adulto (29), pelo que está menos estudada. Enquanto não houver suficientes estudos aleatórios de larga escala, a abordagem terapêutica deve ser semelhante ao adulto, evidentemente com os ajustes posológicos apropriados ao peso (3,4). Embora pareça haver bastantes semelhanças no que diz respeito à sua fisiopatologia, existem algumas diferenças importantes. Comparativamente à PFP no adulto os poucos estudos existentes demonstraram que está mais frequentemente associada a infecções virais e à doença de Lyme, além disso parece ter um prognóstico melhor (4).

DOENÇA DE LYME: A infecção por *Borrelia burgdorferi* pode afectar os tecidos do SNC. Deve ser considerada como diagnóstico diferencial nos doentes que apresentam

fraqueza unilateral isolada com história de picada por carraça, exantema e obviamente em doentes provenientes de áreas endémicas (30).

DIABETES E SARCOIDOSE: A diabetes mellitus (DM) e a sarcoidose podem causar neuropatia facial com fraqueza súbita (30).

IV-DIAGNÓSTICO

À inspecção da face em repouso é comum observar-se assimetria facial.



Fonte: (13)

Figura 3 Paralisia de Bell esquerda na fase aguda

Sintomas comuns a todas as paralisias faciais periféricas (3,13) : apagamento unilateral do sulco nasolabial, desvio da comissura labial com retracção para o lado oposto; comida aprisionada unilateralmente entre gengivas e bochechas, extravasamento

da saliva; dificuldades no discurso (lábios adinâmicos); incapacidade de fechar o olho do lado afectado.

Sintomas característicos da PB que a distinguem da PF secundária (3) (13) :
início súbito; fraqueza unilateral completa após 24-72h; dor ipsilateral ou dormência periauricular ou retroauricular; diminuição do paladar (ageusia); hipersensibilidade aos sons (hiperacusia devido à paralisia do estapédio). O Sinal de Bell pode estar presente.

A mímica facial pode ser testada, solicitando ao doente a execução dos seguintes movimentos voluntários: enrugando a testa, fechar os olhos com força, abrir os olhos, mostrar os dentes, assobiar e sorrir. Testa-se o paladar, tocando-se num dos lados da língua com uma cotonete embebida em solução salgada, doce, amarga e azeda. Durante a anamnese devem ser observados os movimentos emocionais (sorriso, riso, choro) (31).

Durante o exame do nervo facial devem ser testados os seguintes reflexos: corneano, da glabella, córneo-pálpebral, palmomentoneano (31) .

Quando há paralisia do nervo facial de um lado, haverá impossibilidade do encerramento da pálpebra, pois este nervo supre o músculo orbicular das pálpebras. Na tentativa de fechar a pálpebra, esta permanece aberta e o olho roda, reflexivamente, para cima (Sinal de Bell) (31).

A avaliação do ouvido deve incluir otoscopia e acumetria. Polipose e granulações são sugestivas de otite externa. Vesículas na concha coclear, palato mole e língua sugerem SRH (20).

O exame deve excluir massas na cabeça e pescoço (20).

Para avaliar a extensão da lesão do nervo facial podem ser utilizados o teste de excitabilidade nervosa (NET), o teste de máxima estimulação (MST). Electromiografia (EMG), e electroneurografia (ENoG). Os dois últimos são actualmente os mais utilizados (13):

a) **ENoG:** mede quantitativamente a função nervosa. Mede o potencial de soma da resposta no lado normal da face ao ser estimulado e compara a amplitude da resposta com o lado paralisado. Julga-se corresponder às fibras nervosas funcionantes. Os dados obtidos são preditivos da probabilidade de recuperação espontânea. Este exame não é útil nos primeiros 3 dias uma vez que a degeneração walleriana, a existir, não é suficientemente extensa.

b) **EMG:** frequentemente complementa o ENoG. Pode ser utilizado para determinar se o nervo em causa está de facto em continuidade (actividade volitiva), se mostra evidência de degeneração walleriana (potenciais de fibrilhação), ou revela sinais de reinervação (potenciais de inervação polifásicos). Os potenciais de fibrilhação tipicamente surgem 2-3 semanas após a lesão, e os potenciais de inervação polifásicos podem preceder os sinais clínicos de recuperação em 6-12 semanas.

A TC e RM estão indicadas nos seguintes casos: ausência de melhoria da paresia facial após 1 mês, surdez, défices de outros nervos cranianos, sinais de paresia dos membros ou perda sensorial (30).

PF BILATERAL: É extremamente rara, representando 0,3-2% de todas as PFP (32). Faz parte do espectro clínico de varias síndromes, como na síndrome de Guillain-Barré,

sarcoidose, doença de Lyme, meningite (neoplásica ou infecciosa) ou neurofibromas bilaterais. Como é uma causa rara de PF bilateral, o envolvimento tumoral deve ser sempre descartado (33).

V-CLASSIFICAÇÃO

Para determinar clinicamente a severidade da paralisia facial periférica estão disponíveis várias escalas de avaliação. A escala mais utilizada nos estudos ocidentais é a de House-Brackman (HBS) (13). Outras escalas utilizadas são a de Yanagihara (YGS), Sunnybrook, Jadad. Uma vez que os Japoneses foram pioneiros em vários estudos sobre esta patologia, é importante saber interpretar a sua escala - YGS (Tabela 3).

A maioria destas escalas avalia os seguintes parâmetros: simetria facial em repouso, grau de movimento dos músculos faciais e sincinésias provocadas por movimentos voluntários específicos (4).

Tabela 3 Correspondência entre escalas

GRAU	HBS	YGS
Normal, função simétrica em todas as áreas	I	40
Fraqueza ligeira apenas à inspeção próxima, encerramento palpebral completo com esforço mínimo, assimetria ligeira do sorriso com esforço máximo, ligeiras sincinésias, ausência de contracturas ou espasmos	II	32-38
Fraqueza óbvia mas não desfigurante, incapacidade de levantar a sobrancelha, encerramento palpebral completo e forte, assimetria do movimento bucal com esforço máximo, óbvias sincinésias mas não desfigurante, movimento de massa ou espasmos	III	24-30
Fraqueza desfigurante óbvia, incapacidade de levantar a sobrancelha, encerramento palpebral incompleto, boca assimétrica com esforço máximo, sincinésias severas, movimento de massa, espasmos	IV	16-22
Movimentos quase imperceptíveis, encerramento palpebral incompleto, ligeira movimentação da comissura bucal, sincinésias, contractura, geralmente espasmos ausentes	V	8-14
Inexistência de movimento, perda de tónus, ausência de sincinésias, contracturas, espasmos	VI	0-6

HBS: escala de House Brackman; YGS: escala de Yanagihara

VI-TRATAMENTO

O tratamento farmacológico da Paralisia de Bell é um assunto bastante controverso. O facto de ocorrer recuperação espontânea na maioria dos doentes dificulta a avaliação da eficácia do tratamento.

Os doentes com PFP devem ser referenciados para um médico com experiência nesta área, o tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível (20) . O apoio psicológico é essencial (4,34).

O repouso não está recomendado. O internamento não está indicado (4,34).

CUIDADOS OCULARES: É essencial a protecção da retina e da córnea. Devem ser tomadas medidas de protecção física e química. A secura e abrasão, que são comuns devido à falta de pestanejo, ao encerramento palpebral deficiente e à falta de lacrimação, devem ser evitadas com a colocação de gotas lubrificantes de hora a hora durante o dia. À noite deve ser aplicada pomada ocular antibiótica e realizada protecção ocular com penso oftálmico ou fixação da pálpebra superior encerrada com tira de adesivo(20). Devido à deficiente adaptação à luz devem ser usados óculos escuros e evitados ambientes com luzes fortes ou reflexos. O doente deve ser informado que deve recorrer ao seu médico assistente se sentir ardor, dor, corrimento ou alterações da visão.

HIGIENE ORAL: Aconselha-se especial cuidado com a higiene dentária, uma vez que a PFP está associada a diminuição da salivagem e dificuldades de mastigação (34).

CORTICÓIDES: A utilização de corticoterapia sistémica, é praticamente consensual hoje em dia, e deve ser iniciada o mais cedo possível, mas actua também quando o edema neural é máximo, cerca de 7-10 dias após o início dos sintomas (26).

Os corticoesteróides parecem ter os seguintes efeitos se iniciados precocemente: redução do risco de desnervação, prevenção ou atenuação das sincinésias, prevenção da progressão de paralisia incompleta para completa e aceleração da recuperação.

A DM não contra-indica a corticoterapia mas exige um controlo glicémico mais apertado(13) .

ANTIVÍRICOS ASSOCIADOS AOS CORTICÓIDES: A utilização de antivíricos teoricamente parece lógica devido ao provável envolvimento dos vírus herpes na patofisiologia de PFP. Uma vez que os antivíricos não destroem os vírus, apenas inibem a sua replicação, devem ser administrados nos primeiros 3 dias do início dos sintomas (26). As formulações orais são significativamente mais baratas e mais práticas de administrar, pelo que são preferidas (30). O valaciclovir e fanciclovir demonstram maior bio disponibilidade que o aciclovir, e portanto maior efectividade clínica (20). Os principais efeitos secundários dos antivíricos são: náuseas, mal-estar e insuficiência renal ligeira (30).

Em 2000 um estudo japonês de Hato et al. (35) anunciou recuperação em 100% dos casos tratados logo nos primeiros 3 dias com prednisolona (60mg/dia) associada a aciclovir (2000mg/dia). Vários especialistas contestaram os resultados especialmente no que diz respeito à eficácia do aciclovir, consideravam que eram necessários estudos aleatórios de larga escala. Em 2007, Hato et al. (36) publicaram outro estudo não aleatorizado de larga escala que comparava a eficácia do valaciclovir associado à prednisolona com a prednisolona mais placebo. Neste, os resultados da associação de

valaciclovir e prednisolona superariam claramente a prednisolona isolada especialmente nos casos de paralisia grave. Igualmente em 2007 Sullivan et al. (37) publicaram um estudo aleatorizado de larga escala que não atribuía vantagem acrescida aos antivíricos. Diferenças na metodologia dos estudos, no nível de cuidados de saúde que estão na sua base e do tipo de fármaco antiviral utilizado estarão na origem das disparidades (26,37).

Num comunicado publicado em 2008 pela revista *The Lancet* (26), os japoneses explicaram que os bons resultados obtidos se deviam à seguinte abordagem farmacológica:

- **Paralisia moderada:** prednisolona oral isolada (60mg/dia) porque estes doentes apresentam geralmente prognóstico excelente
- **Paralisia severa e se tratamento iniciado nos primeiros 3 dias:** valaciclovir (1000mg/dia por 5 dias) e prednisolona oral por 3 dias (60mg/dia) . Nos casos de Síndrome Ramsay-Hunt a dose valaciclovir deve ser 3000mg/dia por 7 dias.
- **Paralisia severa se tratamento após 3 dias:** prednisolona oral isolada (60mg/dia)

FISIOTERAPIA (3,4): a realização de exercícios de recuperação dos movimentos da face e a massagem, preparam os músculos para a possível reinervação, evitando a atrofia muscular. Estimulam ainda a vascularização periférica, impedindo a instalação de edema e favorecendo as trocas de nutrientes.

Existem ainda poucos estudos aleatorizados e controlados de larga escala que sustentem os resultados obtidos.

A vigilância da recuperação servirá de guia para a sua indicação, quando a recuperação espontânea não se estiver a processar como previsto. Tal é mais frequente em doentes com paralisia inicial completa, em diabéticos ou com SRH.

ELECTROESTIMULAÇÃO (13): Estimulação eléctrica transcutânea dos músculos faciais com corrente galvânica raramente é utilizada, e teria como objectivos manter a condutividade membranar e reduzir a atrofia muscular. Existem ainda poucos estudos sobre os seus resultados e sobre os riscos de queimadura eléctrica.

Na fase de recuperação é igualmente controversa a utilização de correntes farádicas para acelerar o normal processo de reinervação.

CIRURGIA: A intervenção cirúrgica visa a descompressão do nervo facial. Contudo está associada a riscos importantes: vertigens, surdez, extravasamento de líquido cefalo-raquidiano e lesão do nervo facial (20). Apenas deve ser considerada em casos a que se atribui um mau prognóstico com a abordagem farmacológica. A EMG pode ser utilizada para estratificar os pacientes que podem beneficiar de cirurgia, geralmente têm indicação cirúrgica os doentes que apresentam uma amplitude de respostas evocadas igual ou inferior a 10% da do seu lado normal (13). A abordagem pode ser por 2 vias: transmastóideia ou por via da fossa média, sendo a última a mais consensual. Em casos de lesão grave do nervo pode ser utilizada a anastomose hipoglosso-facial, esperando-se melhoras significativas mas geralmente está associada a atrofia da hemilíngua (14).

TOXINA BOTULÍNICA (3,4): A regeneração aberrante pode originar padrões de inervação inapropriados provocando o aparecimento de sincinésias, hemiespasmo facial e hiper lacrimação durante a mastigação ("lágrimas de crocodilo"). Podem ser tratados com injeções intramusculares de toxina botulínica. Esta usa-se na fase sequelar, por provocar paresia nos músculos injectados por cerca de 3 a 6 meses, podendo reduzir aquelas

manifestações durante esse tempo. Os efeitos secundários são raros .

Igualmente pode ser utilizada para reduzir a assimetria facial, aplicando-a no lado são.

VI-PROGNÓSTICO

Cerca de 80-85% dos pacientes recuperam completamente após 3 meses, nos restantes ocorrem sequelas permanentes (3,4). O facto da paralisia facial ser incompleta é provavelmente o melhor sinal de prognóstico favorável (3), com cerca de 94% dos pacientes a recuperarem completamente neste caso (20).

Em pacientes que recuperam sem tratamento ocorre uma melhoria considerável nas primeiras 3 semanas (4). A recuperação do paladar, a existir, precede a recuperação da função motora .

A perda axonal severa pode ser identificada quando após 2-3 semanas há demonstração electrofisiológica da ausência de excitabilidade eléctrica do nervo facial e demonstração electromiográfica da perda de inervação dos músculos faciais envolvidos (3). Nestes casos a regeneração do nervo pode prolongar-se por um período igual ou superior a 2 anos, e frequentemente é incompleta (38) .

Uma nova vaga de recuperação ocorre a partir dos 3 meses do início (4). Aos 6 meses já é possível prever as sequelas moderadas e severas (20). Cerca de 5% dos doentes ficam com sequelas (4).

O prognóstico é geralmente menos favorável na síndrome de Ramsay Hunt (3).

RECORRÊNCIA (33) : Em 10-15% dos doentes com PB ocorre recorrência, no mesmo lado ou contralateral. Geralmente está associada a uma história familiar de PB recorrente. Em cerca de 30% dos casos está associada a tumores do nervo facial ou da glândula parótida, pelo que neste caso a investigação imagiológica é mandatória.

Tabela 4: Indicadores de mau prognóstico na PB (3)

Paralisia completa
Ausência de recuperação até às 3 semanas
Idade > 60 anos
Dor severa
Síndrome de Ramsay Hunt
Presença de condições causadoras de paralisia facial secundária
Redução do potencial de acção muscular > 50%

COMPLICAÇÕES (33):

- a) **Regeneração motora incompleta:** incompetência oral, epífora e obstrução nasal.
- b) **Regeneração sensorial incompleta:** disgeusia ou ageusia, disestesia.
- c) **Reinervação aberrante:** sincinésias, hemiespasma facial e hiperlacrimação durante a mastigação ("lágrimas de crocodilo").

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

O presente estudo pode ser classificado como retrospectivo e prospectivo. É retrospectivo porque os doentes seleccionados foram ao Hospital Sousa Martins nos anos de 2006, 2007 e 2008. É prospectivo porque o questionário aplicado pretendia respostas referentes à altura presente da aplicação do mesmo.

POPULAÇÃO ALVO

População que recorreu ao serviço de urgência e à consulta de Medicina Física e Reabilitação do Hospital Sousa Martins com paralisia facial periférica no período de 2006 a 2008.

A escolha deste Hospital deveu-se ao facto de estar incluído activamente no ensino do Curso de Medicina da Faculdade Ciências da Saúde – Universidade da Beira Interior e ser o local de trabalho da orientadora.

RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Para complementar o trabalho de investigação foi feita uma revisão da literatura. A pesquisa dos artigos portugueses foi feita pelo Index de Revistas Médicas Portuguesas®, pesquisando com a palavra - chave "paralisia facial". Relativamente aos artigos internacionais foi feita pelo Pubmed®, B-on® e Medscape®, pesquisando as palavras-chave “bell palsy” e “facial paralysis”.

Após obtenção da autorização necessária, procedeu-se à recolha documental,

conservando-se o anonimato dos doentes: foi feito o levantamento dos registos informáticos dos episódios de urgência, dos episódios de consulta externa e interna de Medicina Física e Reabilitação.

➤ **Episódios de urgência**

Num primeiro tempo foi feito o levantamento e análise dos registos clínicos de todos os episódios de urgência de adultos em 2007. Como se verificou que não havia incorrecções no registo informático do diagnóstico, optou-se por realizar a recolha informática nos anos de 2006 e 2008, recorrendo aos códigos atribuídos à PFP.

➤ **Consulta Externa de MFR**

Obteve-se uma lista destas consultas e verificou-se quais destas eram devidas a PFP.

➤ **Consulta Interna de MFR**

Obteve-se uma lista de todos os episódios em que foi pedida a consulta de MFR no internamento hospitalar e verificou-se quais destes eram devidos a PFP.

INQUÉRITO TELEFÓNICO

Após concluir o processo de selecção descrito anteriormente, pediram-se, aos serviços administrativos, os contactos telefónicos dos casos de PFP obtidos. O autor deste estudo, durante os meses de Janeiro, Fevereiro e Março de 2010, aplicou-lhes o questionário FaCE (Anexo A), traduzido para português pelo próprio.

➤ **Questionário FaCE**

O questionário FaCE é um instrumento validado e específico para avaliação da disfunção do nervo facial. É constituído por 15 afirmações, cada uma utilizando uma escala de 5 itens. O participante deve assinalar a resposta mais apropriada, 1 corresponde a um grau de disfunção completo e 5 corresponde a completa funcionalidade. Estas afirmações são agrupadas em 6 domínios independentes obtendo-se o score respectivo: função social (SFS), movimento facial (SMF), conforto facial (SCF), função oral (SFO), conforto ocular (SCO) e conforto lacrimal (SCL). Adicionalmente é calculado o score total (ST) que engloba todas as respostas do questionário. Para o cálculo de cada score é utilizada uma fórmula específica (Anexo A) que produzirá pontuações percentuais de 0 (pior) a 100 % (melhor) (8) .

Embora o questionário FaCE meça 6 domínios de disfunção facial, considerámos mais relevante para o nosso estudo o SFS, assim como fizeram Lee et al (7). Isto porque os outros domínios centram-se mais nos problemas físicos da disfunção do nervo facial que não são o objectivo principal do nosso estudo.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi efectuada com o software SPSS (v. 17, SPSS ®).

RECUPERADOS VS NÃO RECUPERADOS

O primeiro passo da nossa análise estatística foi a categorização dos participantes quanto à recuperação. Antes de iniciar o questionário FaCE foi feita a pergunta “Considera que recuperou completamente e está perfeitamente normal?”, conforme a resposta foi feita a divisão em recuperados (R) e não recuperados (NR).

Aplicámos o teste de Kolmogorov-Smirnov para saber se os SFS tinham uma distribuição normal. Como seguiam uma distribuição significativamente não normal optou-se pelo teste não paramétrico de U-Mann-Whitney para a comparação dos 2 grupos independentes, os R e os NR. Foi utilizado o teste de U-Mann -Whitney 1-tailed porque assumimos que a PF não podia provocar uma melhoria da função social. Para calcular a magnitude do efeito utilizou-se a fórmula ($r = Z / \sqrt{N}$) em que r é a estimativa do efeito, Z é o z-score produzido pelo programa, e N é o número de observações.

ANALISE SUBGRUPAL NOS NÃO RECUPERADOS

Relativamente aos NR, cada um dos subgrupos idade, sexo e tempo de recuperação foram dicotomizados. Utilizou-se o teste de Mann -Whitney na comparação entre as categorias de cada subgrupo:

➤ Idade

Idade foi dicotomizada em 2 categorias: participantes com idade igual ou superior a 65 anos e participantes com idade inferior a 65 anos. Inicialmente tínhamos optado por uma terceira categoria, que compreendia os participantes dos 0 aos 20 anos de vida, mas como havia só um elemento pertencente a este grupo nos NR optámos por eliminar esta categoria. A divisão aos 65 anos foi uma opção pessoal, já que nos estudos pós-cirúrgicos existentes são feitas considerações contraditórias relativamente à idade em que se considera “idoso” (7,10,39-42).

➤ Sexo

O sexo foi categorizado em masculino e feminino.

➤ **Tempo de recuperação (TR)**

Dividimos o TR em 2 categorias: igual ou superior a 24 meses e menor que 24 meses. De referir que na selecção dos participantes foram eliminados os participantes com TR inferior a 1 ano, de facto o paciente com TR mais curto tinha 18 meses. Optou-se por esta divisão porque alguns autores referem potencial de recuperação até aos 24 meses de início da PFP (38).

CORRELAÇÃO DA IDADE COM O SFS

Para procurar saber se existe uma associação entre os scores de função social e a idade, utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman.

CORRELAÇÃO DOS OUTROS SCORES COM O SFS

Para procurar saber se existe uma associação entre os scores de função social e os outros scores, utilizamos o coeficiente de correlação de Spearman (1-tailed), uma vez que assumimos que quanto pior a pontuação nos outros scores, menor a pontuação do score de função social.

RESULTADOS

Do total de 90 doentes identificados nos registos, obtivemos resposta de 70, o que corresponde a uma taxa de resposta de 77,8%. As causas de não obtenção de resposta foram:

Tabela 5 Questionários não respondidos

Causas	Nº
Engano no nº de telefone	7
Óbito	4
Não atenderam o telefone	4
Recusa	3
Sem contacto telefónico	2
Total	20

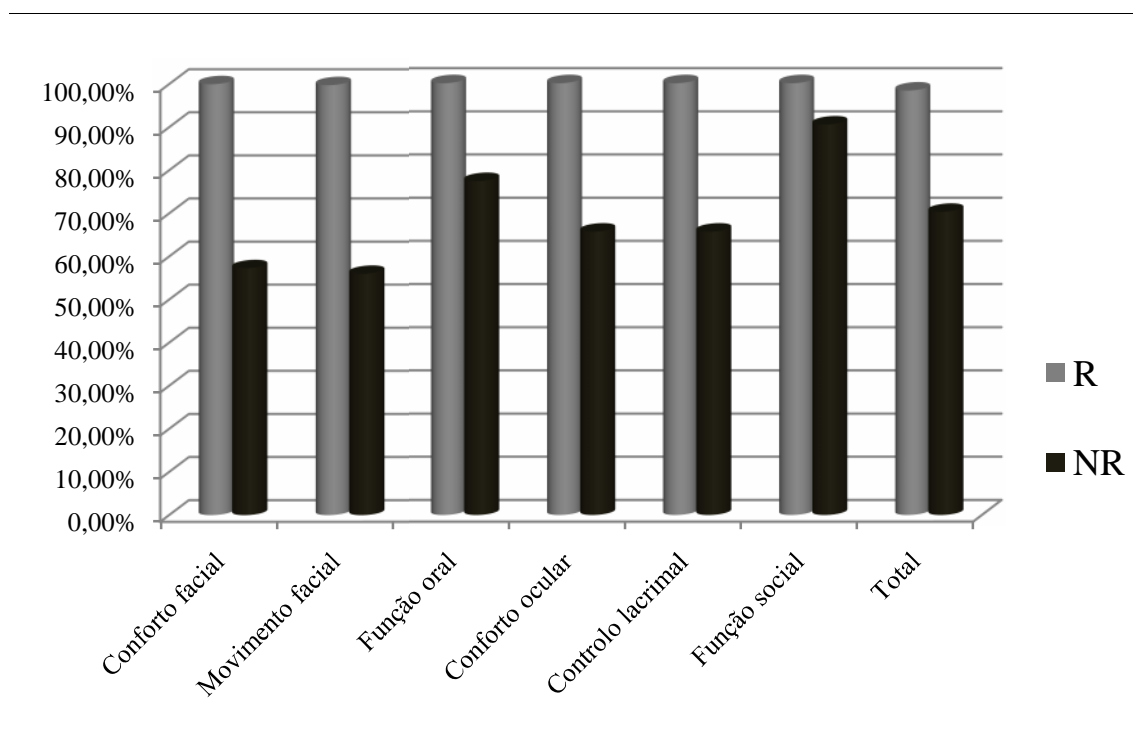
A idade dos participantes que responderam ao questionário estava compreendida entre os 8 e os 89 anos ($M = 48,49$; $SD = 22,8$). Quanto ao género dos participantes, 26 (37,1%) eram do sexo masculino e 44 (62,9%) do sexo feminino. Relativamente ao ano em que recorreram ao HSM pela primeira vez com PFP, 31 (44,3%) fizeram-no em 2006, 25 (35,7%) em 2007 e 14 (20%) em 2008.

Tabela 6 Resultados do Questionário FaCE

	Recuperados		Não Recuperados	
	M	Mdn	M	Mdn
Conforto Facial	100,00	100,00	57,29	66,67
Movimento Facial	99,78	100,00	55,99	54,17
Função Oral	100,00	100,00	77,34	100,00
Conforto Ocular	100,00	100,00	65,63	75,00
Controlo Lacrimal	100,00	100,00	65,63	87,50
Função Social	100,00	100,00	90,43	100,00
Total	98,30	100,00	70,21	78,33

M-Média, Mdn-Mediana

Figura 4 Resultados do Questionário FaCE



R-Recuperados; NR- Não recuperados

RECUPERADOS VS NÃO RECUPERADOS

Os utentes que recuperaram completamente (Mdn=100) têm scores de função social significativamente superiores relativamente aos que não recuperaram (Mdn=100), U=361,00, p<0,01(1-tailed), r = -0,051.

Tabela 7 Diferença entre SFS dos Recuperados e Não Recuperados

	N	M	Min	Max	Mdn	U	Z	Valor de p
R	38	100,00	100	100	100,00	361,00	-4,30	0,00
NR	32	90,43	25	100	100,00			

R: Recuperados; NR: Não recuperados; N: nº; M: média; Min: mínimo; Max: máximo; Mdn: mediana; |
 Teste de U-Mann-Whitney: U, Z e valor de p

ANALISE SUBGRUPAL NOS NÃO RECUPERADOS

Tabela 8 Analise Subgrupal nos Não Recuperados

	N	M	Min	Max	Mdn	U	Z	Valor de p
S	Masculino	11	96,591	75	100	76,00	1,767	0,082
	Feminino	21	87,202	25	100			
I	<65anos	18	91,319	50	100	123,00	-0,128	0,911
	65anos	14	89,286	25	100			
TR	<24meses	7	86,607	25	100	86,50	-0,051	0,963
	24	25	91,500	50	100			

S: sexo; I: idade; TR: tempo de recuperação; N: nº; M: média; Min: mínimo; Max: máximo; Mdn: média |
 Teste de U-Mann-Whitney: U, Z e valor de p (2-tailed)

Utilizou-se novamente o teste não-paramétrico de U-Mann-Whitney para avaliar a hipótese de haver diferença estatisticamente significativa nos scores de função social com a variação da idade, do tempo de recuperação e do sexo.

➤ **Sexo: Masculino vs Feminino**

Os NR do sexo feminino (Mdn=93,750) não diferem significativamente nos scores de função social relativamente aos do sexo masculino (Mdn=100), $U=76.00$, $p=0.082$, $r = -0.31$.

➤ **Tempo de recuperação: < 24 meses vs 24 meses**

Os NR com tempo de recuperação inferior a 24 meses (Mdn=100) não diferem significativamente nos scores de função social relativamente aos com idade igual ou superior a 24 meses (Mdn=100), $U=86.50$, $p=0.963$, $r = -0.09$

➤ **Idade: < 65 anos vs 65anos**

Os NR com idade inferior a 65 anos (Mdn=100) não diferem significativamente nos scores de função social relativamente aos com idade igual ou superior a 65 anos (Mdn=100), $U=128.00$, $p=0.911$, $r = -0.023$

CORRELAÇÃO DA IDADE COM O SFS

Tabela 9 Correlação da Idade com o SFS

	IDADE
Spearman`s rho	0,05
Valor de p	0,980

A idade não está relacionada significativamente com o SFS ($p > 0,05$).

CORRELAÇÃO DOS OUTROS SCORES COM O SFS

Tabela 10 Correlação dos outros scores com o SFS

	SFM	SCF	SFO	SCO	SCL	ST
Spearman`s rho	0,354	0,335	0,318	0,464	0,265	0,534
Valor de p	0,023	0,030	0,038	0,004	0,072	0,001

Exceptuando o SCL, todos os scores estão relacionados significativamente com o SFS ($p < 0,05$). Como era de esperar o ST é o mais relacionado, seguindo-se por ordem decrescente de correlação o SCO, SFM, SCF, SFO.

DISCUSSÃO

Os movimentos da expressão facial são reconhecidos universalmente e garantem a efectividade da comunicação entre indivíduos, sendo portanto muito importantes no processo de socialização. Os músculos faciais além de estarem envolvidos na expressão, estão também envolvidos na sensação e experimentação das emoções (43).

Os vários estudos sobre o tema deformação facial têm demonstrado consistentemente que os indivíduos que apresentam desfiguração da face experimentam problemas psicológicos e sociais (6). Estes problemas são provocados não só pela estigmatização social mas pela sua própria auto-estigmatização. Existem factores que medeiam a resposta individual à desfiguração como a resiliência, apoio familiar e social e o desenvolvimento de estratégias adequadas para lidar com a situação (6).

Os doentes com paralisia facial demonstram sentimentos de depressão (5). Van Swearingen et al (1999) descobriram que a severidade dos sintomas depressivos nas doenças neuromusculares estava relacionada com a afectação da capacidade de sorrir (44).

Embora actualmente já se reconheça que a PFP provoca efeitos secundários debilitantes como incompetência oral, dificuldades de comunicação, irritação ocular, lacrimação excessiva, dor facial, estigmatização social, as escalas de avaliação de PFP geralmente não os têm em conta (8).

Um instrumento que pretenda avaliar correctamente a disfunção provocada pela PFP deve avaliar não só a deficiência como também a incapacidade. A deficiência refere-se às anormalidades anatómicas e fisiológicas do movimento facial, a incapacidade engloba os aspectos funcionais como o desconforto físico, dificuldades nas actividades

quotidianas e aspectos sociais e emocionais (8).

A escala FaCE é um instrumento válido, confiável e de fácil aplicação para ser utilizado na avaliação da paralisia facial de longa duração. Auxilia o clínico na classificação da disfunção do nervo facial uma vez que fornece informação sobre a percepção do paciente (8).

Existem poucos estudos na literatura que façam a avaliação da qualidade de vida na PF, os estudos existentes são praticamente todos pós-cirúrgicos em doentes com neurinoma do acústico (7,10,39-42). É complicado tirar conclusões definitivas baseadas nestes estudos, uma vez que foram utilizadas escalas de avaliação da qualidade de vida diferentes. De referir que na literatura nacional existe apenas um estudo português, de 2008, em que é avaliado o impacto da PF na qualidade de vida dos doentes com SRH, usando igualmente o questionário FaCE (45).

Apesar do interesse crescente na avaliação da qualidade de vida é também crescente a consciência de que é uma tarefa bastante difícil e defeituosa.

O primeiro passo do nosso estudo foi tentar saber se a PFP provoca de facto um impacto na qualidade de vida do doente. Os nossos resultados mostram que o grupo dos não recuperados apresenta um SFS significativamente inferior ao dos recuperados (tabela 7). Como foi esclarecido na metodologia optámos por centrar a nossa análise estatística no SFS. Ao analisar a tabela 6 é de salientar que o SFS dos NR é o mais elevado dos domínios avaliados no questionário FaCE. Os outros domínios do questionário centram-se mais na deficiência fisiológica do nervo facial. Desta forma confirmam-se os resultados de outros estudos que concluem que o impacto na qualidade de vida não está

relacionado com severidade da PF (7,10) .

Relativamente ao género, embora as mulheres tenham tido scores percentuais ligeiramente mais baixos, não foram encontradas diferenças significativas entre os scores de ambos os sexos (tabela 8). A sociedade ocidental está a evoluir e embora continue a haver uma focalização acrescida na beleza feminina, cada vez mais o homem é igualmente pressionado. Talvez por isso não sejam surpreendentes os resultados do nosso estudo. Outra explicação possível para os nossos resultados é o facto de os participantes serem residentes no distrito da Guarda, região do interior de Portugal, onde a valorização da aparência possa ser diferente relativamente a zonas mais cosmopolitas, nomeadamente no que diz respeito ao sexo feminino. Na literatura os estudos pós-cirúrgicos realizados apontam resultados contraditórios relativamente ao papel do sexo na função social (7,10). Mais uma vez a definição da zona ou ambiente cultural onde se realizam esses estudos possa ter alguma influência na repercussão social da PF.

No que diz respeito ao tempo de recuperação, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos NR conforme o TR era superior ou inferior a 24 meses (tabela 8). O tempo mínimo de recuperação foi 18 meses, alguns estudos apontam para uma melhor aceitação com o tempo (7,10). Talvez a diferença de 6 meses entre os grupos não seja suficiente para se encontrar este efeito.

Relativamente à idade, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos idosos relativamente ao grupo dos não idosos (tabela 8). A idade dos nossos participantes não estava relacionada significativamente com a sua função social (tabela 9). Tal como relativamente ao sexo os estudos são contraditórios

(7,10). É importante não estereotipar e ter sempre presente que os idosos podem ser gravemente afectados psico-socialmente.

Exceptuando o SCL, todos os scores estão relacionados significativamente com o SFS, contudo nenhum apresenta uma forte correlação (tabela 10). Como era de esperar o ST é o mais relacionado, seguindo-se por ordem decrescente de correlação o SCO, SFM, SCF, SFO.

As escalas de avaliação da qualidade de vida na doença representam informação importante do ponto vista do doente, contudo apresentam grandes desvantagens em vários estudos de eficácia clínica (46). O grau de participação do doente no seu ambiente e a medição do cumprimento do seu papel social não podem ser observados directamente e depende não só da incapacidade funcional mas também de traços de personalidade e ambiente social. Isto explica porque em vários estudos a correlação entre a severidade da incapacidade e a qualidade de vida na doença é fraca (7,46).

Limitações do estudo

O facto das entrevistas serem telefónicas pode, sob alguns pontos de vista, dificultar, ou pelo contrário, favorecer a sinceridade das respostas à entrevista. Como, por exemplo, as perguntas envolvidas no SFS eram as mais íntimas e pessoais, é provável que muitos participantes tivessem respondido de maneira diferente se o questionário fosse preenchido por escrito e de maneira anónima.

Não foram tidas em conta as condições psicológicas prévias à PFP.

Não foi feito o acompanhamento desde o início dos doentes e a maioria deles demonstrava ignorância acerca da causa de PFP. É lógico admitir que a maioria dos casos

do nosso estudo sejam de PB, pois é altamente improvável, dada a evolução registada, que sejam de PFP secundária.

A tradução do questionário para português não está validada.

Sugestões

Idealmente a escala FaCE deveria ser aplicada nas fases aguda, intermédia e numa altura em que a possibilidade de recuperação espontânea seja praticamente nula. Os doentes poderiam ser acompanhados nomeadamente no que diz respeito ao tratamento e complicações que sofreram, desta forma poderíamos relacionar mais adequadamente a função social com a PFP ao longo da evolução da doença.

A informação do doente acerca da origem da doença, do seu tratamento, dos cuidados a ter e do seu prognóstico, poderá reduzir a ansiedade e contribuir para uma melhor aceitação da situação. Neste sentido foi elaborada uma proposta de folheto, a fornecer aos pacientes (Anexo B).

CONCLUSÕES:

A PFP é uma condição relativamente comum, a sua incidência anual ronda os 20-25 casos por 100.000 habitantes (19-21). Na maioria dos casos não tem uma causa conhecida. O impacto cosmético para o doente é óbvio, assim como as dificuldades na comunicação. Mas os seus efeitos na visão, mastigação, e ingestão de bebidas são frequentemente desprezados. A soma de todos estes efeitos, aliado à pressão social para manter uma imagem atraente pode ter efeitos psico-sociais devastadores nos doentes que não recuperam completamente. Embora a maioria dos doentes recuperem totalmente, existem cerca de 15-20% que permanecem afectados (3,4). O médico pode subestimar os consequências adversas que a doença provoca na qualidade de vida do doente. É importante que os aspectos que dizem respeito à qualidade de vida sejam abordados na consulta médica. A identificação destes factores causadores de stress permite que sejam implementadas medidas adequadas e assim proporcionar uma melhoria do bem-estar do doente e consequentemente potenciar o processo de reabilitação. Devem ser evitados os estereótipos e não considerar apenas merecedores de atenção os doentes mais novos, particularmente se forem do sexo feminino. Por último cada vez mais estudos apontam para o facto do impacto na qualidade de vida dos doentes não ser proporcional à severidade da PF, portanto todos os doentes com PFP estão em risco psico-social. Não devemos desistir de procurar técnicas que melhorem a abordagem da PFP e devem ser desmistificados mitos sobre o tratamento.

BIBLIOGRAFIA

1. Saxena S, Orley J. Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. *European Psychiatry*. 1997;12:263s-6s.
2. Junior N, Junior J, de Faria Gignon V, Kitice A, de Almeida Prado L, Santos V. Paralisia Facial Periférica: Incidência das Várias Etiologias num Ambulatório de Atendimento Terciário. *Arquivos Internacionais de Otorrinolaringologia*.13.
3. Bradley WG, Daroff RD, Fenichel GM, Jankovic J. *Neurology in Clinical Practice: the neurological disorders*. 4ª ed. Filadélfia (EUA): Butterworth Heinemann; 2004. p. 2112-2117.
4. Finsterer J. Management of peripheral facial nerve palsy. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2008 Jul;265(7):743-52.
5. Twerski A, Twerski B. *The emotional impact of facial paralysis*. The Facial Nerve New York, NY: Thieme Inc. 1986:788–94.
6. Bradbury E, Simons W, Sanders R. Psychological and social factors in reconstructive surgery for hemi-facial palsy. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2006;59(3):272-8.
7. Lee J, Fung K, Lownie SP, Parnes LS. Assessing impairment and disability of facial paralysis in patients with vestibular schwannoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007 Jan;133(1):56-60.
8. Kahn JB, Gliklich RE, Boyev KP, Stewart MG, Metson RB, McKenna MJ. Validation of a patient-graded instrument for facial nerve paralysis: the FaCE scale. *Laryngoscope*. 2001 Mar;111(3):387-98.
9. Ryzenman JM, Pensak ML, Tew JM, Jr. Facial paralysis and surgical rehabilitation: a quality of life analysis in a cohort of 1,595 patients after acoustic

- neuroma surgery. *Otol Neurotol*. 2005 May;26(3):516-21; discussion 21.
10. Cross T, Sheard CE, Garrud P, Nikolopoulos TP, O'Donoghue GM. Impact of facial paralysis on patients with acoustic neuroma. *Laryngoscope*. 2000 Sep;110(9):1539-42.
 11. Baumann I, Polligkeit J, Blumenstock G, Mauz PS, Zalaman IM, Maassen MM. Quality of life after unilateral acoustic neuroma surgery via middle cranial fossa approach. *Acta Otolaryngol*. 2005 Jun;125(6):585-91.
 12. Esperança Pina J. *Anatomia Humana da Relação-Parte I*. Lidel - Edições Técnicas, Lda, Lisboa(Portugal). 1998: 210-214.
 13. Lalwani AK. *Current Diagnosis & Treatment in Otolaryngology: Head&Neck Surgery*. Second ed. New York (USA). 2008:831-872
 14. Raimar W. Paralisia facial periférica. *Fundação otolaringologia* [online].2005; (Seminário39): Disponível em: http://www.forl.org.br/pdf/seminarios/seminario_39.pdf.
 15. Patel AA, Tanna N. Facial Nerve Anatomy. *emedicine* [online]. 2009 [cited March 2009]; Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/835286-overview>.
 16. Townsend C, Evers B, Beauchamp R, Mattox K. *Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice*. Philadelphia: Saunders. Elsevier; 2008.
 17. Ho T, Byrne P, Hilinski MJ. Facial Nerve Repair. *emedicine* [online]. 2009[cited Jun 2009]; Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/846448-overview>.
 18. Peitersen E. Bell s Palsy: The Spontaneous Course of 2,500 Peripheral Facial Nerve Palsies of Different Etiologies. *Acta Oto-Laryngologica*. 2002;122:4-30.
 19. Shaw M, Nazir F, Bone I. Bell's palsy: a study of the treatment advice given by neurologists. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2005;76(2):293.
 20. Holland N, Weiner G. Recent developments in Bell's palsy. *British Medical*

Journal. 2004;329(7465):553.

21. Marson A, Salinas R. Bell's palsy. *The Western journal of medicine.* 2000;173(4):266.
22. Doner F, Kutluhan S. Familial idiopathic facial palsy. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2000;257(3):117-9.
23. McCormick DP. Herpes-simplex virus as a cause of Bell's palsy. *Lancet.* 1972 Apr 29;1(7757):937-9.
24. Murakami S, Mizobuchi M, Nakashiro Y, Doi T, Hato N, Yanagihara N. Bell palsy and herpes simplex virus: identification of viral DNA in endoneurial fluid and muscle. *Ann Intern Med.* 1996 Jan 1;124(1 Pt 1):27-30.
25. Sweeney CJ, Gilden DH. Ramsay Hunt syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2001 Aug;71(2):149-54.
26. Hato N, Murakami S, Gyo K. Steroid and antiviral treatment for Bell's palsy. *The Lancet.* 2008;371(9627):1818-20.
27. Cohen Y, Lavie O, Granovsky-Grisaru S, Aboulaflia Y, Diamant YZ. Bell palsy complicating pregnancy: a review. *Obstet Gynecol Surv.* 2000 Mar;55(3):184-8.
28. Jemec B, Grobbelaar A, Harrison D. The abnormal nucleus as a cause of congenital facial palsy. *Archives of disease in childhood.* 2000;83(3):256.
29. El-Hawrani AS, Eng CY, Ahmed SK, Clarke J, Dhiwakar M. General practitioners' referral pattern for children with acute facial paralysis. *J Laryngol Otol.* 2005 Jul;119(7):540-2.
30. Ahmed A. When is facial paralysis Bell palsy? Current diagnosis and treatment. *Cleve Clin J Med.* 2005 May;72(5):398-401, 5.
31. Soares JLD. *Semiologia médica: Princípios, métodos e interpretação.* Lisboa: Lidel; 2007: 324-327.

32. Stahl N, Ferit T. Recurrent bilateral peripheral facial palsy. *The Journal of Laryngology and Otolaryngology*. 2007;103(01):117-9.
33. Monnell K, Zachariah SB, Khoromi S. Bell Palsy. *emedicine* [online]. 2009 [cited Oct 2009]. Disponível em: <http://emedicine.medscape.com/article/791311-overview>.
34. Vieira S. Paralisia facial periférica. *Acta medica portuguesa*. 2002;15(5):395-8.
35. Hato N, Honda N, GYO K, Murakami S, Aono H, Yanagihara N. Treatment of Bell's Palsy with Acyclovir and Prednisolone. *Journal of Otolaryngology*. 2000;103(2):133-8.
36. Hato N, Yamada H, Kohno H, Matsumoto S, Honda N, Gyo K, et al. Valacyclovir and prednisolone treatment for Bell's palsy: a multicenter, randomized, placebo-controlled study. *Otology & Neurotology*. 2007;28(3):408.
37. Sullivan F, Swan I, Donnan P, Morrison J, Smith B, McKinstry B, et al. Early treatment with prednisolone or acyclovir in Bell's palsy. *The New England journal of medicine*. 2007;357(16):1598.
38. Ropper AH, Brown RH. *Adams and Victor's principles of Neurology*. 8^a ed. EUA: McGraw-Hill; 2005. p. 1181-1185.
39. Lassaletta L, Alfonso C, Del Rio L, Roda JM, Gavilan J. Impact of facial dysfunction on quality of life after vestibular schwannoma surgery. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2006 Sep;115(9):694-8.
40. Nikolopoulos T, Johnson I, O'Donoghue G. Quality of life after acoustic neuroma surgery. *The Laryngoscope*. 2009;108(9):1382-5.
41. Nicoucar K, Momjian S, Vader JP, De Tribolet N. Surgery for large vestibular schwannomas: how patients and surgeons perceive quality of life. *J Neurosurg*. 2006 Aug;105(2):205-12.
42. Da Cruz M, Moffat D, Hardy D. Postoperative quality of life in vestibular

schwannoma patients measured by the SF36 Health Questionnaire. *The Laryngoscope*. 2009;110(1):151-5.

43. Lewis M, Bowler P. Botulinum toxin cosmetic therapy correlates with a more positive mood. *Journal of cosmetic dermatology*. 2009;8(1):24-6.

44. VanSwearingen J, Cohn J, Bajaj-Luthra A. Specific impairment of smiling increases the severity of depressive symptoms in patients with facial neuromuscular disorders. *Aesthetic plastic surgery*. 1999;23(6):416-23.

45. Vaz R SJ, Guimarães H, Lunet N, Santos M. Herpes zoster oticus: evolução a longo-prazo. *Rev-Port-Otorrinol-Cir-Cervicofac*. 2008;46(3):177-81.

46. Weisscher N, de Haan R, Vermeulen M. The impact of disease-related impairments on disability and health-related quality of life: a systematic review. *BMC Medical Research Methodology*. 2007;7(1):24.

ANEXOS

ANEXO A

ESCALA FACE “FACE CLINIMETRIC EVALUATION SCALE”

Pode já ter respondido a estas questões ou a outras semelhantes. Por favor responda a TODAS AS QUESTÕES da melhor maneira que souber.

As afirmações seguintes pretendem saber como você pensa que a sua face se está a mover.

(Faça um círculo à volta de apenas um número)	Um lado	Ambos os lados	Não tenho dificuldade
Quando tento mover a minha cara, tenho dificuldade em....	1	2	0

(Se tem problemas em ambos os lados, responda as questões seguintes no que diz respeito ao lado mais afectado, ou ambos se eles forem igualmente afectados.) **Na semana passada:**

(Faça um círculo à volta de apenas um número)	De maneira nenhuma	Apenas se me concentrar	Ligeiramente	Quase normalmente	Normalmente
1.Quando sorrio, o lado afectado da minha boca vai para cima	1	2	3	4	5
2.Consigo levantar a minha sobrancelha no lado afectado	1	2	3	4	5
3.Quando cerro os meus lábios, o lado afectado da minha boca move-se	1	2	3	4	5

As questões seguintes pretendem saber como se sente devido à sua FACE OU PROBLEMA FACIAL.

Por favor responda com que frequência as afirmações seguintes se aplicam a si durante a SEMANA PASSADA.

(Faça um círculo à volta de apenas um número)	Sempre	Maioria das vezes	Às vezes	Uma pequena parte do tempo	Nunca
4.Sinto partes da minha face tensas, desgastadas ou desconfortáveis	1	2	3	4	5
5.Sinto o meu olho afectado seco, irritado ou provoca comichão	1	2	3	4	5
6.Quanto tento mover a minha face, sinto tensão, dor ou espasmos	1	2	3	4	5
7.Eu utilizo gotas oculares ou pomadas no olho afectado	1	2	3	4	5
8.O meu olho afectado está seco ou lacrimoso	1	2	3	4	5
9.Eu ajo de maneira diferente perante as pessoas devido à minha face ou problema facial	1	2	3	4	5
10.As pessoas tratam-me de maneira diferente devido à minha face ou problema facial	1	2	3	4	5
11.Eu tenho problemas a mover a comida na minha boca	1	2	3	4	5
12.Tenho problemas de salivação ou em manter a comida ou bebida na minha boca sem sujar o meu queixo ou roupas	1	2	3	4	5

As afirmações seguintes pretendem apurar como se sentiu ou tem passado na SEMANA PASSADA devido à sua FACE OU PROBLEMA FACIAL.

Por favor em cada questão assinala a afirmação com que mais concorda.

(Faça um círculo à volta de apenas um número)	Concordo fortemente	Concordo	Não sei	Discordo	Discordo fortemente
13. Sinto a minha face cansada ou quando tento mover a minha face sinto tensão, dor ou espasmo	1	2	3	4	5
14. A minha aparência tem afectado a minha vontade de participar em actividades sociais ou de visitar familiares ou amigos	1	2	3	4	5
15. Devido à dificuldade que tenho em comer, tenho evitado comer em restaurantes ou na casa de outras pessoas.	1	2	3	4	5

Comentários adicionais:

PONTUAÇÃO DISCRIMINADA PARA CADA ITEM:

- **Movimento facial (SFS)** = $((\text{Itens } 1 + 2 + 3) - \# \text{ valido}) / 4 \times (\# \text{ valido}) \times 100$
- **Conforto facial (SCF)** = $((\text{Itens } 4 + 6 + 13) - \# \text{ valido}) / 4 \times (\# \text{ valido}) \times 100$
- **Função oral (SFO)** = $((\text{Itens } 11 + 12) - \# \text{ valido}) / 4 \times (\# \text{ valido}) \times 100$
- **Controlo ocular (SCO)** = $((\text{Itens } 5 + 7) - \# \text{ valido}) / 4 \times (\# \text{ valido}) \times 100$
- **Controlo lacrimal (SCL)** = $((\text{Item } 8) - \# \text{ valido}) / 4 \times (\# \text{ valido}) \times 100$
- **Função social (SFS)** = $((\text{Itens } 9 + 10 + 14 + 15) - \# \text{ valido}) / 4 \times (\# \text{ valido}) \times 100$
- **Total (ST)** = $((\text{Soma de todos os 15 itens}) - \# \text{ valido}) / 4 \times (\# \text{ valido}) \times 100$

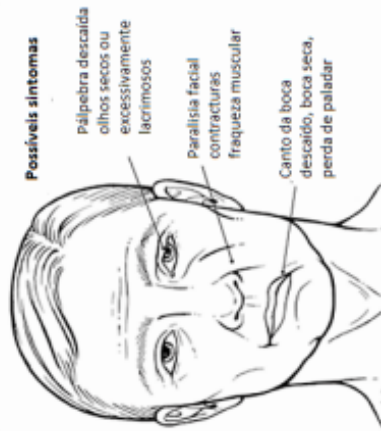
valido = numero de itens dentro do domínio para os quais uma resposta adequada foi dada.

ANEXO B

FOLHETO INFORMATIVO

<p>PARA MAIS INFORMAÇÕES CONTACTE O SEU MÉDICO DE FAMÍLIA</p>	<p>EXERCÍCIOS FACIAIS</p> <p>Pode fazer estes exercícios em casa, e ajudar com os dedos se necessário. Realizar dez vezes, duas vezes ao dia. Deve estar sentado, relaxado e em frente a um espelho:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levantar as sobrancelhas (olhar surpreendido) • franzir as sobrancelhas (olhar zangado) • Enrugar o nariz • Inspirar profundamente pelo nariz e abrir as narinas • Tentar mover os cantos da boca para fora, tentar que o movimento seja igual dos dois lados, começar por um canto e depois para o outro • Mostrar os dentes, primeiro os de cima e depois os de baixo • Fazer caretas: soprar, sorrir, fazer beicinho • Se tiver edema (inchaço) na cara pode fazer com os dedos uma massagem em círculos • Mascar pastilhas elásticas sem açúcar e beber líquidos por uma palhinha <p>CURIOSIDADES Sabia que actores conhecidos como George Cloney e Pierce Brosnan também já sofreram de paralisia de Bell e recuperaram completamente?</p>	<p>PERGUNTAS FREQUENTES</p> <p>Acontece com que frequência? Não é tão incómodo como se pensa. Afinge aproximadamente 1 em cada 5000 pessoas por ano</p> <p>Acontece sempre do mesmo lado? Não, pode ocorrer no lado esquerdo ou direito.</p> <p>Pode afectar ambos os lados da cara? Sim, mas é raro (1% dos casos).</p> <p>É contagiosa? Não</p> <p>Qual é a idade em que surge? Surge em todas as idades, mas é mais frequente nos adultos, e menos frequente nos jovens e idosos.</p> <p>Existem grupos mais vulneráveis? Sim, as grávidas e os diabéticos.</p> <p>Há alguma diferença relativamente ao género ou raça? Não. A frequência é aproximadamente igual para homens e mulheres e nas diferentes raças.</p> <p>Pode afectar outras partes do corpo? Não. Caso aconteça devem ser feitos mais testes porque não se trata de paralisia de Bell e devem ser procuradas outras causas para a paralisia.</p> <p>É aconselhado o repouso? Não, os doentes podem voltar ao trabalho e à sua vida normal logo que se sintam capazes. No entanto se trabalharem ao ar livre ou em ambientes com poeiras ou muita luz, deverão ser tomadas medidas de protecção do olho.</p> <p>Devo-me preocupar com a atrofia muscular? Em regra não. A maioria das pessoas recuperam antes que a atrofia ocorra.</p> <p>Pode acontecer outra vez? Sim, em 5-7% pode ocorrer recorrência.</p>
<p>Folheto elaborado por João Barreira abano 6º ano de Medicina da UBI, orientado pela Drª Susana Abreu, Médica Fisiatra</p>	<p>FOLHETO INFORMATIVO</p>	<p>PARALISIA DE BELL</p> <p>OU</p> <p>PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA</p>

- Olho afectado muito seco ou muito lacrimoso



Possíveis sintomas

Palpebra descaída
olhos secos ou
excessivamente
lacrimosos

Paralisia facial,
contracturas,
fraqueza muscular

Canto da boca
descaído, boca seca,
perda de paladar

O que é?

É uma doença em que há fraqueza (paralisia) dos músculos de um lado da cara, devido a uma alteração da função do nervo facial desse lado.

Porque acontece?

Por inflamação do nervo facial. A sua causa em geral é desconhecida. Na maioria dos casos parece provocada por um vírus (o vírus herpes simples). Noutras ocasiões pode ser por otite ou por zona.

Quais os sintomas?

A paralisia de Bell aparece de forma súbita. O grau de fraqueza pode variar, desde ligeira até total. Os sintomas principais, que se sentem dum lado da cara, são a fraqueza muscular desse lado e dormência, embora a sensibilidade permaneça normal. O canto da boca descai, o olho não fecha como deve ser e não pestaneja. Por exemplo sorrir, fazer caretas ou assabiar deixam de ser possíveis e não são simétricas, o que dá uma sensação de cara torcida.

Outros sintomas possíveis:

- Dor atrás do ouvido imediatamente antes do início da paralisia
- Não conter a saliva (babar-se)
- Dificuldades na mastigação
- Maior sensibilidade a certos sons
- Alterações do paladar

Estudos recentes demonstraram que os corticóides quando iniciados cedo, são um tratamento efetivo, especialmente se forem combinados com antiviricos. Analgésicos como o paracetamol ou o ibuprofeno podem aliviar a dor. É importante a avaliação médica o mais cedo possível para que o tratamento seja logo iniciado e melhorar as hipóteses de recuperação.

Cuidados especiais com o olho

Para evitar úlceras provocadas pela secura:

-Durante o dia: colocação de lágrimas artificiais várias vezes ao dia.

-Durante o sono: pomada protectora e o encerramento do olho com auxílio de tira de adesivo hipoalérgico ou colocação de penso oftálmico. O uso de compressa para tapar não está indicado devido ao risco de roçar no olho.

Se estiver exposto a luz deve usar óculos escuros para protecção. Se mesmo com estas medidas aparecer pus no olho ou tiver sensação de areias no olho, procure de imediato o seu médico.

Qual o prognóstico?

Geralmente é bastante bom. Com ou sem tratamento a maioria dos doentes começa a melhorar após 2 semanas e recuperam completamente 3 a 6 meses após o início dos sintomas. Porém algumas pessoas a recuperação é mais lenta pode ir até aos 24 meses. Os diabéticos tendem a ter lesões mais graves e a recuperar mais lentamente.

Raramente a recuperação não é total e ficam com sequelas. Nestes casos há outros tipos de tratamento que podem ser feitos, para melhorar a estética e a funcionalidade da face.

Para mais informações consulte o seu médico assistente.

Como se diagnostica?

Geralmente é feito com base na observação médica. Não existe uma análise laboratorial específica para confirmar o diagnóstico. Os exames de imagem, como a TAC (tomografia computadorizada) e a RMN (ressonância magnética) podem eliminar outras causas de paralisia facial, mas só são feitos em caso de dúvida.

Qual o tratamento?

A paralisia de Bell afecta cada indivíduo de maneira diferente. Alguns casos são ligeiros e não requerem tratamento medicamentoso apenas exercícios faciais, já que os sintomas desaparecem por volta das 2 semanas. Para outros, o tratamento inclui medicamentos e outras opções terapêuticas como a fisioterapia.