UNIVERSIDADE PRIVADA DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

DIAGNÓSTICO DA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA DE ORIGEM ODONTOLÓGICA E REVISÃO DE PROCESSOS CLÍNICOS NO CENTRO ORTOPÉDICO REGIONAL DE REABILITAÇÃO POLIVALENTE DE VIANA

MARIA MANUEL

LUANDA
2016

UNIVERSIDADE PRIVADA DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA

DIAGNÓSTICO DA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA DE ORIGEM ODONTOLÓGICA E REVISÃO DE PROCESSOS CLÍNICOS NO CENTRO ORTOPÉDICO REGIONAL DE REABILITAÇÃO POLIVALENTE DE VIANA

AUTORA: MARIA MANUEL

Trabalho de fim do Curso apresentado a Universidade Privada de Angola (UPRA), como requisito para obtenção do grau de Licenciatura em Odontologia.

Orientadora: Dr.ª Renata Santos de Araújo

LUANDA

2016

MARIA MANUEL

DIAGNÓSTICO DA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA DE ORIGEM ODONTOLÓGICA E REVISÃO DE PROCESSOS CLÍNICOS NO CENTRO ORTOPÉDICO REGIONAL DE REABILITAÇÃO POLIVALENTE DE VIANA

Esta monografia foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Licenciatura, no Curso de Odontologia na Universidade Privada de Angola - UPRA.

Aprovado em / /2016

BANCA EXAMINADORA

Prof.
Julgamento_____Assinatura_____
Prof.
Julgamento_____Assinatura_____
Prof.
Julgamento_____Assinatura_____

ASSINATURA

_____

Maria Manuel

FICHA CATALOGRÁFICA

Maria Manuel
Monografia apresentada à Universidade Privada de Angola, Angola-2016
Luanda – 2016
Número de páginas: 57
Tipo de letra: Arial
Tamanho da letra: 12
Área de concentração: Odontologia
Orientadora: Dr.ª Renata Santos de Araújo

Palavra-chave: Paralisia facial, diagnóstico e tratamento

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus familiares, que sempre incentivaram-me que na vida só se vence estudando. Não esquecendo ao meu esposo, os meus filhos e os meus irmãos que sempre acreditaram que eu era capaz, mesmo quando tudo parecia perdido. Dedico ao meu orientador pela atenção demonstrada ao longo da preparação da monografia.

AGRADECIMENTO

Ao chegar no final de uma das mais importantes etapas da minha vida, tem sinto necessidade de partilhar este momento de felicidade com as pessoas que me acompanharam e apoiaram. Agradeço a Deus em primeiro lugar pela vida, saúde, capacidade e entendimento, porque sem ele nunca chegaria até ao fim desta trajectória. À minha excelentíssimo tutora pela paciência e disponibilidade, pelo seu apoio e criatividade com que douto este estudo.

Aos irmãos, amigos, pelo amor, educação, presença, incentivo e confiança que sempre depositaram em mim, e pelo esforço que fizeram durante todo o meu percurso académico. Com amor lhes agradeço e lhes devo tudo que sou hoje.

Ao parceiro, pelo amor, carinho, dedicação e paciência, pelo apoio, incentivo e força que me transmitiu nos momentos mas difíceis, porque mostrou-me que sou capaz e que tenho forças para lutar. Por estar sempre presente e me mostrar que a vida só tem sentido quando compartilhada e preenchida por sonhos.

Aos meus colegas de serviço que sempre se predispuseram em me ajudar, dando oportunidade de estudo, o meu muito obrigado. Aos meus professores que me ajudaram a crescer e me conduziram nesta caminhada. Aos meus queridos colegas que traçaram comigo o mesmo rumo e que me acompanharam sempre nos bons e maus momentos com o seu apoio contribuindo para que eu chegasse até aqui, o meu muito obrigado.

EPÍGRAFE

Toda administração em Saúde precisa de políticas que favorecem a sua existência e ao indivíduo.

Antonimus (1989)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CORRPV – Centro Ortopédico Regional de Reabilitação Polivalente de Viana

DP – Desvio Padrão

LCS – Líquido Cerebrospinal

NNT – Número Necessário para Tratar

OMA – Otite Média Aguda

PB – Paralisia de Bell

RM – Ressonância Magnética

SNE – Sistema Nervoso Encefálico

TC – Tomografia Computadorizada

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Nervo Facial.....17
Figura 2: Paralisia facial periférica.....31
Figura 3: Paralisia facial central 32

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Sexo dos participantes do Estudo.....42
Gráfico 2: Idade média dos participantes por sexo.....43
Gráfico 3: Tempo em dia do tratamento dos pacientes por sexo.....44
Gráfico 4: Correlação entre a idade e o tempo de tratamento dos pacientes.....45

RESUMO

Esta monografia teve como tema principal o estudo do diagnóstico da paralisia facial periférica de origem odontológica. Sendo motivo de muita apreensão por parte das pessoais acometidas e dos seus familiares. O presente estudo utilizou a metodologia de estudo quantitativo, foi um estudo transversal e descritivo. Foi aplicado aos pacientes que recorreram ao Centro Ortopédico Regional de Reabilitação Física Polivalente de Viana no ano de 2015. O estudou mostrou que paralisia facial periférica pode acometer pessoais de todas as idades, porém, as pessoas dos 15 aos 45 anos, especialmente do sexo feminino, são as mais propensas.

Palavras-chave: Paralisia Facial, Diagnóstico e Tratamento.

ABASTRACT

This paper had as main theme the study of diagnosis of peripheral facial paralysis of dental origin. It is the subject of much concern by the affected and their families personal. This study used quantitative study methodology, was a cross-sectional descriptive study. Was applied to patients who had used the Regional polyvalent Orthopedic Center of Physics Rehabilitation of Viana in 2015. The studied showed that perifé-rich facial paralysis can affect personal of all ages, however, people from 15 to 45 years, especially females are more likely.

Keywords: Facial Paralysis, Diagnosis and Treatment.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO 14
1.1 OBJECTIVOS 14
1.1.1 Objectivo geral 14
1.1.2 Objectivos específicos 15
2. REVISÃO DA LITERATURA 16
2.1 ASPECTOS ANÁTOMO-FUNCIONAIS DO NERVO FACIAL 16
2.1.1 Nervo facial 16
2.1.2 Pares de Nervos Cranianos 18
2.1.3 Músculos da Face Enervados Pelo Nervo Facial 21
2.2 Causas de Paralisia Facial 28
2.2.1 Anamnese para Diagnosticar Paralisia Facial 30
2.2.2 Exame físico 30
2.2.3 Exames complementares 31
2.3 Diagnóstico Diferencial da Paralisia Facial Periférica 32
3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS 34
3.1 Noção de Paralisia Facial 34
3.1.1 Paralisia Facial Periférica 34
3.1.2 Paralisia Facial Central 34
3.1.3 Paralisia Facial Bilateral 35
3.2 Níveis de Lesão do Nervo Facial 35
3.3 Terapia 36
3.3.1 Fisioterapia 37
3.3.2 Farmacológico 39
4. METODOLOGIA 41
4.1 Tipo de estudo 41
4.2 Campo de estudo 41
4.3 População e Amostra 41
4.4 Técnica e Instrumentos de Estudo 42
4.5 Análise de Dados 42
4.6 Delimitação do Estudo 42
4.7 Procedimentos éticos 42

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES 43
5.1 Características Demográficas dos Participantes do Estudo 43
5.1.1 Sexo dos Pacientes 43
5.1.2 Idade dos Pacientes 44
5.1.3 Período de Tratamento 45
5.2 Tipo de Diagnósticos dados aos pacientes com paralisia facial Periférica no Centro Ortopédico de Reabilitação física de Viana ano 2015 46
5.2.1 Diagnóstico Diferencial Realizado aos Pacientes de Paralisia Facial Periférica 47
5.2.2 Situações que Influenciam o Diagnóstico da Paralisia Facial Periférica 48
5.2.3 Ficha de anamnese utilizada para diagnosticar o tipo de paralisia facial periférica 48
5.2.4 Importância do estudo 48
6. CONCLUSÃO 50
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 51
GLOSSÁRIO 53
APÊNDICE 56

1. INTRODUÇÃO

A presença de paralisia facial sempre é motivo de muita apreensão por parte das pessoas acometidas, dos familiares e dos médicos. Apesar de, na maioria das vezes, o problema poder ser resolvido pelo médico da atenção primária à saúde (APS), a paralisia facial é origem frequente de encaminhamento para emergências de hospitais terciários. Existirem várias causas de paralisia facial, a mais frequente é a paralisia de Bell (PB), uma paralisia periférica aguda, unilateral, idiopática e geralmente com prognóstico favorável.

Batista (2011), aponta o sexo masculino com maior tendência num universo de 285 pacientes, sendo 157 do sexo masculino e 128 do sexo feminino.

Segundo Valença (2001), a paralisia facial periférica pode provocar sequelas importantes em mais de 20% dos pacientes, havendo ligeira prevalência no sexo feminino com 66,7%, sendo o lado esquerdo o mais acometido.

A incidência anual de paralisia é de 20 a 30 casos por 100.000 habitantes. Ocorre mais comummente em pessoas com diabetes melito e gestantes no terceiro trimestre. Embora pessoas de 15 a 45 anos sejam mais susceptíveis, crianças abaixo de 10 anos também podem ser afectadas, porém com incidência menor. (VALENÇA et al. 2001).

1.1 OBJECTIVOS

1.1.1 Objectivo geral

1. Descrever situações que influenciam o diagnóstico da paralisia facial periférica de origem odontológica entre os pacientes que recorreram ao Centro ortopédico de reabilitação física de Viana no ano 2015.

1.1.2 Objectivos específicos

1. Identificar o tipo de diagnóstico efectuado aos pacientes com paralisia facial periférica que recorreram ao Centro.
2. Explorar as situações que influenciam o diagnóstico da paralisia facial periférica.
3. Rever a adequação da ficha de anamnese utilizada para diagnosticar o tipo de paralisia facial periférica.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ASPECTOS ANÁTOMO-FUNCIONAIS DO NERVO FACIAL

2.1.1 Nervo facial

O conhecimento detalhado sobre a anatomia do nervo facial (VII par craniano), é essencial para a localização do nível da lesão e consequentemente, correcto prognóstico e tratamento. O nervo facial é um nervo misto, dividido em duas porções. A maior porção, motora, enerva os músculos da expressão facial, e a menor porção, de fibras aferentes sensitivas e eferentes parassimpáticas (Nervo intermédio de Wrisberg), enervam os dois terços anteriores da língua, e as glândulas lacrimais e salivares, submaxilar e sublingual, consecutivamente (BENTO & BARBOSA, 1993).

O núcleo de origem do nervo facial, situa-se no tronco encefálico (Figura 1), descrevendo um trajecto circular em torno do núcleo do nervo abducente (VI par). A porção motora caminha ao lado da porção sensitiva, e juntamente com o nervo vestíbulo coclear (VIII par), atravessam a região do ângulo ponto cerebelar. Penetram o meato acústico interno, percorrendo um trajecto lateral e superior entre a cóclea e o canal semi circular superior.(FIGÚN & GARINO, 1978).

Caminham juntos até determinado ponto, no segmento labiríntico, onde o nervo facial separa-se do nervo vestíbulo coclear e percorre em um canal próprio denominado canal de Falópio, ou canal do nervo facial. Caminha até a parede medial do recesso epitimpânico, encurvando-se em ângulo agudo, formando o primeiro joelho do nervo facial, onde está situado o gânglio geniculado (LUCENA, 1993).

Do vértice do gânglio geniculado, nascem os nervos petrosos superficiais maiores e menores, periféricos e centrais, com função secretomotora da glândula lacrimal, da sensibilidade gustativa da língua, e da sensibilidade profunda da face, determinados pelo nervo intermédio e raiz motora do facial.

Em direcção quase paralela ao maior eixo da parte petrosa do osso temporal, encontra-se o segmento timpânico. No gânglio geniculado o nervo facial faz uma curvatura, para entrar na porção timpânica horizontal do canal de Falópio. (MAY & SHAMBAUGH, 1991). Na área correspondente ao segundo joelho do nervo facial, localiza-se o segmento piramidal. O segundo joelho é constituído pela angulação do segmento vertical ou mastóideo, estabelecendo uma relação íntima com o canal semicircular lateral, e com o tendão do músculo do estapédio (HUNGRIA, 1984).

Segundo HUNGRIA (1984), até o décimo oitavo mês de vida, a ponta da mastóide está ausente ou pouco desenvolvida, o que deixa o nervo desprotegido e, portanto, mais exposto ao trauma no decurso da antrotomia, abertura cirúrgica da mastóide. O último ramo importante é o nervo corda do tímpano, que se inicia quatro a seis milímetros antes do orifício estilomastoídeo, e contém fascículos secreto-motores destinados à glândula sublingual e submandibular, vinculada à sensibilidade da gustação (LUCENA, 1993).

Ao passar para o segmento extratemporal, quando emerge do forame estilomastoídeo, o nervo facial descreve trajecto em alça anteriormente na região abaixo do ouvido, penetrando a seguir a fascía parotídea e, passando entre os lobos superficiais e profundo da glândula, porém sem enervá-la.

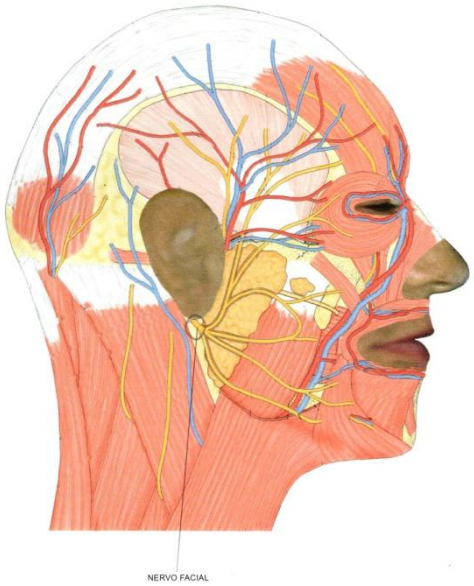
Nesta, ele se divide em vários ramos a partir de dois grupos principais: o têmporo-facial e o cérvico-facial (CRUZ & ALVARENGA, 1998).

Estes se subdividem em cinco ramos que são: Ramo Temporal- enervando o músculo orbicular do olho, músculos auriculares anterior e superior, ramo frontal do músculo occiptofrontal e o músculo corrugador do supercílio. Ramo Zigomático- enerva os músculos zigomático e orbicular do olho, corrugador do supercílio, e supre os músculos relacionados com o lábio superior, abertura da asa do nariz e bucinador. Ramo Bucal- segue inferiormente em direcção ao músculo risório, músculo bucinador e músculos elevadores do lábio superior e do ângulo da boca, e os músculos depressores do lábio inferior e do ângulo da boca. Ramo Mandibular- passa à cima e à frente do ramo da mandíbula (deglutição), abaixo do músculo platisma, em direcção ao ângulo da boca. Passa pelo músculo masseter e superficialmente pela artéria e

veias faciais, suprindo os músculos relacionados com o lábio inferior e o ângulo da boca. Ramo Cervical- após deixar a glândula parótida, dirige-se para baixo e depois para diante, até suprir a parte profunda do músculo platisma (LUCENA, 1993; KENDALL & MC CREARY, 1986).

Os neurónios que se dirigem aos músculos frontal, parte superior do orbicular dos olhos e superciliar, recebem inervação cortical bilateral e estão situados no núcleo superior do facial. Estes dados são de suma importância para o reconhecimento da paralisia facial central, onde estes músculos encontram-se preservados (BENTO & BARBOSA, 1994).

Figura 1 – Nervo Facial



Fonte: K.J. Moll M. Moll, 2004

2.1.2 Pares de Nervos Cranianos

Os nervos cranianos se originam em pares simétricos, nas faces ântero-inferior e lateral do tronco encefálico, com excepção do nervo olfatório e do nervo óptico, que se ligam, respectivamente, ao telencéfalo e ao diencéfalo. Há doze pares numerados de I a XII de acordo com a sequência de emergência, de anterior para posterior, no tronco encefálico.

I Olfatório

Origina-se das células olfatórias da mucosa que recobre uma porção do palato e das paredes medial interna e lateral externa das fossas nasais.
Possui um prolongamento periférico que termina na área olfatória e um central que atravessa a lâmina crivosa do osso etmóide, para terminar no bulbo olfatório. É um nervo exclusivamente sensitivo. Função: olfação.

II Óptico

Origina-se de células ganglionares da retina, estendendo-se desde o quiasma óptico, onde há o cruzamento parcial de suas fibras, até o bulbo ocular. É um nervo exclusivamente sensitivo. Função: visão.

III Oculomotor

Origina-se de um degrau do aqueduto cerebelar com emergência perto da linha média da parte superior e da ponte. Procede lateralmente para o clinóide posterior na parede lateral do seio cavernoso, passa através da fissura orbital superior chegando na órbita. enerva o esfíncter da pupila e músculo ciliar.

IV Troclear

Origina-se na face dorsal do mesencéfalo e finaliza no músculo oblíquo maior. Função: rodar o globo ocular para dentro e para baixo.

V Trigémeo

Este nervo é assim denominado devido a seus três ramos: nervo oftálmico, nervo maxilar e nervo mandibular. Possui duas raízes, uma motora e uma sensitiva, que originam-se na face anterior da ponte e no limite com os pedúnculos cerebelares médios.

A raiz sensitiva termina no gânglio trigeminal e a motora fusiona-se ao nervo mandibular. Função: sensitiva (temperatura, dor, pressão e tacto), vasomotora, secretora, sobre a pupila e o tônus muscular.

VI Abducente

Origina-se no sulco bulbo-pontino, por cima da pirâmide da medula oblonga, caminha para frente, para cima e para fora, atravessando sucessivamente as fossas craniais posterior e média, a fissura orbital superior e a órbita onde termina o seu trajecto. Função: rotação do globo ocular.

VII Facial

Nervo facial propriamente dito é o nervo intermédio (considerado por alguns como a raiz sensitiva e visceral do nervo facial), origina-se na ponte e emerge na parte lateral do sulco bulbo póntino próximo do cerebel (ângulo ponto cereberal). A seguir penetra no osso temporal pelo meato acústico e pelo forame estilomastóideo, para se distribuir através dos seus ramos, aos músculos mímicos estilohideo e ventre posterior do músculo digástico após o trajecto dentro da glândula parótida.

VIII Vestíbulo coclear

Possui duas raízes: a coclear, cujas fibras procedem da cóclia originadas no gânglio espiral ou de Corti, e a vestibular, que tem origem nos canais semicirculares e no gânglio vestibular situado no vestíbulo da orelha interna. É um nervo exclusivamente sensitivo. Função: audição e equilíbrio.

IX Glossofaríngeo

Origina-se superiormente no sulco dorso lateral do bulbo, entre a raiz troclear do VIII par, e inferiormente, junto ao nervo vago. Função: sensibilidade do terço posterior da língua, nas fauces e tonsilas, faringe e palato mole; estímulos motores para a faringe e para o músculo estilo faríngeo e impulsos para a glândula parótida.

X Vago

Nervo misto e essencialmente visceral. Origina-se no sulco lateral posterior do bulbo sob forma de filamentos radiculares que se reúnem para formar o nervo vago. Este emerge do crânio pelo forame jugular, percorre o pescoço e o tórax, terminando no abdómen. Função das fibras sensitivas: sensibilidade à porção posterior do meato acústico externo, faringe, laringe, tórax e vísceras abdominais; inervação das fibras motoras: fibras para a faringe, base da língua, laringe, inervação gangliar autónoma do tórax e vísceras abdominais.

XI Acessório

Possui duas raízes, a bulbar e a medular. A raiz bulbar origina-se por quatro ou cinco filetes muito finos da porção inferior do sulco dorso-lateral do bulbo, inferiormente à origem do X par craniano. A raiz medular destaca-se por quatro ou cinco filetes delgados e superpostos, na parte mais elevada da face lateral dos cinco ou seis primeiros segmentos cervicais da medula óssea, localizados à frente da emergência das raízes dorsais dos nervos espinhais. Inerva: a faringe, porção superior da laringe, úvula e palato, fibras recorrentes da laringe, nervo cardíaco, músculo esterno-cleidomastoídeo e músculo trapézio, C2, C3 e C4.

XII Hipoglosso

Nervo essencialmente motor. Emerge do sulco lateral anterior do bulbo sob a forma de filamentos radiculares que se unem para formar o tronco nervoso. Inerva: músculos do pescoço e da língua - estilo-hioideo, milo-hioideo, esterno-tiroídeo, estiloglosso, hioglosso, genioglosso, genio-hioideo e músculos intrínsecos da língua (MACHADO, 2008).

2.1.3 Músculos da Face Enervados Pelo Nervo Facial

Os músculos faciais ou mímicos são conhecidos como músculos dérmicos, pois contrariamente ao que ocorre com outros músculos, estes se fixam ao esqueleto apenas por uma das extremidades, enquanto a outra se prende à camada profunda da pele.

Sendo assim, eles podem mover a pele do escalpo e da face, modificando as expressões faciais que decorrem de acções combinadas de vários músculos e, assim sendo, um mesmo músculo pode interferir na expressão de diversos estados emocionais. Estes músculos são voluntários e podem tornar mais rica a expressão facial em determinados indivíduos (FATTINI, 2011, pg.398).

Os músculos da face enervados pelo nervo facial devem ser trabalhados em terapia. Porém, para isto, é necessário que se tenha conhecimento sobre qual é o sentido em que caminham suas fibras. Consequentemente, onde estão localizadas as origens e inserções de cada um dos músculos e suas determinadas funções.

Músculo occipital

Origina-se nos 2/3 externos da linha curva occiptal superior e região mastoideana do temporal, inserindo-se sobre a borda posterior da aponeurose epicraniana. O ventre occipital estende-se póstero-lateralmente até a sua origem óssea, na linha nucal suprema do occipital. O ventre frontal insere-se na pele, podendo elevar as sobrancelhas, enrugando a testa como em surpresa, medo ou atenção.

O músculo occipital tem a função de mover o couro cabeludo para trás. Músculo frontal Possui três tipos de fibras cujas origens são: Fibras medias-contínuas às fibras do prócero; Fibras intermédias-misturadas com o corrugador e o orbicular dos olhos; Fibras laterais-misturadas com o orbicular dos olhos sobre o processo zigomático do osso temporal. Estas fibras se unem, inserindo-se na camada profunda da pele na região supraciliar e interciliar.

O músculo frontal tem como função mover o couro cabeludo para frente, e elevar as sobrancelhas, formando rugas horizontais na testa (expressão de surpresa ou medo).

Músculo corrugador do supercílio

Origina-se através de fibras carnosas, sobre a extremidade medial da arcada superficial. Na contracção de suas fibras, produz as rugas verticais da região glabelar,

cujo semblante se dá no sofrimento, severidade ou desaprovação. Após haver passado sob o frontal e sob a porção orbitária do orbicular superior das pálpebras, insere-se na camada profunda da pele da sobrancelha, nos 2/3 ou metade da órbita. Tem como função tracionar o supercílio para baixo e medialmente.

Músculo prócero (piramidal do nariz)

Origina-se na aponeurose que recobre a parte inferior do osso nasal e parte superior da cartilagem nasal lateral, inserindo-se na camada profunda da pele na região intermediária das sobrancelhas, após ter se cruzado com as fibras do frontal. Sua função é a de tracionar a pele situada entre as sobrancelhas, elevando a pele da raiz do nariz.

Na prova, deve-se pedir ao paciente que tracione a pele do nariz para cima, formando rugas transversais sobre a ponte do nariz.

A acção conjunta desses três músculos anteriores (occipito-frontal, corrugador do supercílio e prócero) é de grande importância para a expressão facial, pois determina a formação de rugas na região glabelar ou interciliar.

Músculo orbicular dos olhos

Este músculo divide-se em duas porções. A porção palpebral tem origem na porção lateral do ligamento palpebral interno e sobre a crista posterior do osso lacrimal, inserindo-se na linha palpebral lateral. A porção orbitária, tem origem na porção nasal do osso frontal, ramo ascendente frontal da maxila, face anterior e borda do ligamento palpebral medial. Suas fibras musculares circundam a circunferência da órbita, espalham-se para baixo sobre a bochecha e fundem-se com estruturas musculares ou ligamentares adjacentes. Esse músculo se divide em porção lacrimal, porção palpebral e orbital. Para a prova da porção palpebral, pede-se ao paciente que feche a pálpebra delicadamente e, para a da porção orbitária, que o paciente feche a pálpebra firmemente, formando rugas que irradiam a partir do ângulo lateral.

As fibras musculares formam uma elipse que se alarga inserindo-se no ângulo externo do olho. Este músculo tem a função de proteger os olhos contra a luz, fechando as pálpebras, de modo normal e forçado.

Músculo transverso do nariz

Origina-se sobre a linha aponeurótica do dorso do nariz. As fibras inferiores dirigem-se à camada profunda da pele inserindo-se nesta. As fibras superiores fundem-se com as fibras laterais do mirtiforme. Possui a função de dilatar as narinas junto com o dilatador.

Músculo nasal (dilatador das narinas). Origina-se na cartilagem lateral da asa do nariz, inserindo-se na camada profunda da pele no sulco nasolabial, extremidade inferior da asa do nariz. Sua função é de aumentar o diâmetro transversal da narina. Músculo depressor do septo (mirtiforme) Origina-se na fosseta mirtiforme da maxila e da saliência alveolar do dente canino, inserindo-se no septo nasal e borda posterior da asa do nariz. Possui a função de abaixar a ponta do nariz estreitando o orifício nasal e abaixar o lábio superior.

Age em conjunto com o músculo levantador do lábio superior na dilatação da narina. Origina-se na parte superior do processo frontal da maxila e insere-se na cartilagem alar maior do nariz e parte lateral do lábio superior. Para a prova, pede-se ao paciente que eleve e faça protrusão do lábio superior, como mostrar a gengiva superior.

Músculo elevador do lábio superior e da asa do nariz

Eleva, inverte o lábio superior e dilata a narina. O músculo elevador superficial, tem origem na face externa da apófise ascendente da maxila e inserção na camada profunda da pele da borda posterior da asa do nariz. Sua função é de elevar e inverter o lábio superior e elevar a asa do nariz. Há também o músculo elevador profundo, com origem na metade medial da borda inferior infra-orbitária.

Após ter cruzado as fibras do canino; insere-se na camada profunda da pele na borda inferior da asa do nariz e do lábio superior. Sua função é idêntica à do elevador superficial.

Músculo elevador do ângulo da boca (canino)

Origina-se abaixo da cavidade infra-orbitária, na fossa canina. Insere-se na camada profunda da pele comissural e do lábio superior. Possui a função de elevar o ângulo da boca, descobrindo o dente canino. Eleva-se na comissura labial, acentuando o sulco naso-labial, como na expressão de arrogância. Para a prova, pedir que tracione o ângulo directamente para cima, aprofundando o sulco desde o lado do nariz ao lado da boca. Sugerir que o paciente mostre seu dente canino de um lado e depois do outro.

Músculo zigomático menor

Origina-se na parte média da face lateral do osso zigomático. Insere-se na camada profunda da pele do lábio superior, lateralmente ao elevador. Possui a função de movimentar o lábio superior para cima e para fora.

Músculo zigomático maior

Origina-se através de fibras aponeuróticas na face do osso zigomático, abaixo e atrás do músculo zigomático menor. Insere-se na camada profunda da pele e na mucosa da comissura labial. Possui a função de movimentar a comissura dos lábios para cima e para fora.

Músculo bucinador

Origina-se posteriormente sobre a borda alveolar da maxila e mandíbula, ao longo dos três últimos molares, e na borda anterior do ligamento pterigomandibular. As fibras superiores e inferiores cruzam-se na altura da comissura labial e, então, inserem-se na camada profunda da pele, no terço extremo do vestíbulo da boca. Sua função é movimentar a comissura labial para trás, alongando a fenda bucal. Consis-

te também, em conservar as bochechas tensas durante as fases de abertura e fechamento da boca, evitando-se que sejam lesadas pelos dentes durante a mastigação. Na prova, solicitar ao paciente que pressione as bochechas firmemente de encontro aos dentes laterais, tracionando para trás o ângulo da boca, como ao tocar uma corneta. Comprime a cavidade bucal, apoiando-se fortemente sobre a face externa dos molares.(FATTINI, 2011, pg. 568).

Músculo risório

Origina-se na fáscia, sobre o masseter. Retrai a comissura labial lateralmente, como num sorriso forçado ou irónico. Eleva-se posteriormente, sobre as fibras aponeuróticas do músculo masseter. Insere-se na pele da comissura labial. Possui a função de tracionar o ângulo da boca para trás.

Músculo depressor do lábio inferior

Origina-se no terço anterior da borda lateral da mandíbula, inserindo-se na camada profunda da pele do lábio inferior, fundindo-se com o músculo orbicular dos lábios. Possui a função de retrair o lábio inferior.

Músculo mentual

Origina-se nas saliências alveolares dos dois incisivos e caninos inferiores. Insere-se na polpa da camada profunda da pele do mento. Possui a função de elevar o mento havendo protrusão do lábio inferior.

Músculo depressor do ângulo da boca (triangular dos lábios)

Origina-se abaixo do depressor do lábio inferior, sobre a porção anterior da linha externa da mandíbula. Insere-se na comissura labial. Possui a função de movimentar a comissura do lábio para baixo e para fora, determinando assim, a expressão de tristeza.

Músculo platisma (cutâneo do pescoço)

Origina-se na fáscia que cobre a porção superior do peitoral maior e deltóide. Chega inferiormente ao tórax e superiormente à face. Puxa a pele do mento e da comissura labial para baixo, como na tristeza ou decepção. Na prova, pede-se ao paciente que tracione o lábio inferior e ângulo da boca para baixo e para fora, tencionando a pele sobre o pescoço.

Existe através de fibras carnosas na camada profunda da pele, que recobrem o acrômio, as regiões deltoídea e clavicular, e peitoral maior. Sua inserção se apresenta da seguinte forma: as fibras anteriores entrecruzam-se com as fibras opostas, e se dirigem em direcção à pele da eminência mentoniana; as fibras médias terminam em parte sobre a borda inferior da mandíbula, e em parte entrecruzam-se com as fibras do músculo triangular dos lábios e do músculo depressor do lábio inferior; as fibras posteriores ou externas, continuam nas fibras carnosas do músculo triangular, outras vão directamente para a camada profunda da pele da comissura labial e da bochecha. Possui a função de abaixar a pele do mento e a comissura labial, esticar transversalmente a pele do pescoço e elevar (KENDALL & MC CREARY, 1986).
Músculo orbicular dos lábios

É constituído por fibras de outros músculos faciais e fibras dos lábios. É um esfíncter dos lábios, podendo apertá-los contra os dentes, como na raiva, ou protraí-los, como no beijo. Nele inserem-se três grupos musculares, que tracionam para cima, para baixo e para os lados.

Músculo em forma de elipse, constrictor principal, que ocupa a espessura dos lábios. Ele compreende duas partes: uma externa (periférica), e a outra interna (central).

As fibras externas: são compostas de fibras extrínsecas e de fibras intrínsecas. As fibras extrínsecas, são formadas pelas fibras terminais dos músculos triangular, bucinador e canino, essencialmente, e de todos os músculos peribucais. As fibras intrínsecas fazem parte dos músculos incisivos, dois para cada lábio. As fibras internas seguem a borda livre dos lábios, misturando-se com as fibras do compressor dos lábios. Possui a função de aproximar e comprimir os lábios.

Músculo compressor dos lábios

Nome dado às fibras musculares estendidas de frente para trás, ao redor do orifício bucal. Suas fibras misturam-se com o orbicular interno dos lábios. Músculo particularmente bem desenvolvido no lactente (sucção). Possui a função de comprimir os lábios de frente para trás; trabalha em sincronia com o músculo orbicular dos lábios, músculo bucinador, músculos masseteres e os músculos da língua (LACÔTE, 1987).

Os Músculos auriculares posteriores, superior e anterior, também são enervados pelo nervo facial, porém, não possuem função importante É importante ressaltar que os músculos: elevador da pálpebra superior e o masseter não são enervados pelo nervo facial e sim pelo terceiro par (nervo oculomotor) e pelo quinto par (nervo trigémeo), respectivamente (LUCENA, 1993).

2.2 Causas de Paralisia Facial

Segundo Bento & Barbosa (1994) a paralisia facial pode ser classificada conforme a etiologia.

Paralisia de Bell

Também conhecida como a Frigore ou Idiopática: paralisia de aparecimento súbito, afectando um lado da face. A recuperação é espontânea e sua causa é desconhecida. Dentre todas as etiologias de paralisia facial, esta é a mais comum. (COSTA et al. 1994).

Paralisia Facial Traumática

É determinada por fracturas do osso temporal ou dos ossos da face causadas por projécteis de arma de fogo, por ferimentos corto-contusos nas partes moles da face, por acidentes de carro - e, principalmente - motocicletas. Ocorre também, por traumas de parto (causados por fórceps, ou por compressão do rosto do feto no canal de parto) e ainda pelas iatrogênicas, quando o cirurgião lesa o facial deliberada ou inadvertidamente. (BOIES, 2009)

Paralisia por Infecção

Podem ser causas de paralisia facial as infecções do sistema nervoso central (SNC), do osso temporal ou face, como otites, mastoidites, labirintites, edemas do gânglio geniculado, além de qualquer reacção inflamatória do nervo facial e sua compressão. Destas, a otite média é a causa infecciosa mais frequente da paralisia facial. Na otite média aguda, a fisiopatologia estaria relacionada a factores predisponentes, como o canal de Falópio delgado ou deiscente e comunicações entre o nervo facial e a cavidade timpânica, que permitiriam a entrada de agentes infecciosos. Nos casos de otite média crónica, a paralisia facial ocorre porque a infecção do osso provoca uma reabsorção e formação de tecido de granulação, produzindo uma otite com envolvimento do nervo facial; o colesteatoma que, através de actividade enzimática e processo inflamatório, é capaz de erodir o osso e o canal do nervo facial, expondo seu conteúdo. A infecção provocaria a paralisia (TESTA e FUKUDA, 1993).

Paralisia por Tumores

A instalação súbita pode ser confundida com a paralisia de Bell, por isso deve-se fazer um diagnóstico bem preciso. Pode ocorrer no Sistema Nervoso Central (neurinoma ou schwanoma do facial), no osso Temporal - que são os mais comuns - e no extratemporal, quase sempre de conotação congénita. Outras linhagens possíveis nesta região, são os hemangiomas. (BOIS, 2009).

Paralisia Congénita

Já se comentou sobre os traumas no parto; além destes há a Síndrome Congénita de Moebius, caracterizada por envolvimento simultâneo do VI e VII nervos cranianos, associada a outras alterações. (BOIS, 2009).

Paralisia Metabólica

Aparece em indivíduos com diabetes, hipotiroidismo, ou até mesmo durante a gravidez. Síndrome de Melkerson-Rosenthal de início súbito, com edema de hemiface, língua fissurada, normalmente com aparecimento entre a terceira ou quarta década

da vida. A etiologia é desconhecida, e a recuperação é espontânea, como a paralisia facial de Bell. (BENTO & BARBOSA, 1994).

2.2.1 Anamnese para Diagnosticar Paralisia Facial

A avaliação inicial da pessoa que vem à consulta por paralisia facial deve tentar identificar sintomas e sinais de causas que necessitem avaliação por especialista ou em hospital terciário. Como a PB é a causa mais comum de paralisia facial e sempre diagnóstico de exclusão, deve-se conhecer bem suas manifestações. Para isso, é importante conhecer as funções do nervo facial.

O tempo de evolução dos sintomas é dado de fundamental importância. Evolução dos sintomas em mais do que duas semanas indica lesão de massa e deve ser investigada. História de trauma de face deve ser questionada, especialmente quando a paralisia facial é segmentar, ou seja, somente um ramo do nervo está paralisado. Queixas odológicas merecem especial atenção. Perda auditiva, lesões no conduto auditivo, zumbido e vertigem sugerem lesão no ouvido médio ou interno (o nervo facial tem trajecto muito próximo a essas estruturas), como otite média e síndrome de Ramsay-Hunt (herpes-zóster comprometendo o nervo facial).

2.2.2 Exame físico

A primeira decisão a ser tomada pelo médico perante uma pessoa com paralisia facial é determinar se a lesão é periférica (ou seja, por lesão do nervo facial) ou central (acima ou dentro do tronco cerebral). Para isso, deve-se examinar com cuidado todos os músculos da mímica facial. Deve-se atentar especialmente para o padrão de comprometimento. A lesão do nervo, geralmente, acomete toda a hemiface. Sendo assim, tanto os músculos que permitem que a pálpebra seja fechada quanto os músculos ao redor da boca são afectados. Dessa forma, a pessoa não consegue fechar a pálpebra (ou a frequência de piscamento é muito reduzida), e a comissura labial desvia para o lado não afectado.

Na lesão central, os músculos do terço superior da face são poupados (figura 1). Essa diferença ocorre em virtude de o terço superior da face receber inervação

motora de ambos os hemisférios cerebrais. A causa mais comum de lesão central é o acidente vascular encefálico (AVE), porém outras etiologias podem ser responsáveis, como neoplasia, desmielinização ou infecção do sistema nervoso central. Todas exigem encaminhamento para hospital terciário.

Eventualmente, uma lesão na ponte (localização do núcleo do nervo facial) pode ocasionar paralisia facial com padrão periférico. Apesar de incomum, é importante saber identificar esse padrão, pois ele exige investigação imediata em centro de referência. Nesse caso, geralmente outros nervos cranianos também estão envolvidos, especialmente o sexto nervo. Dessa forma, é de extrema importância que seja realizado um exame neurológico completo (GILDEN, 2004).

A perda de força dos músculos da face pode revelar outras etiologias – por exemplo, paralisia somente do terço inferior pode ser secundária a tumor de parótida; comprometimento segmentar do nervo indica causa compressiva ou trauma.

A presença de paralisia facial bilateral, recorrência da paralisia e pouca ou nenhuma melhora em duas ou três semanas devem motivar o encaminhamento; os possíveis diagnósticos são linfoma, neurossarcoidose e, em regiões endémicas, doença de Lyme.

2.2.3 Exames complementares

Na maior parte dos casos, não são necessários exames laboratoriais e de imagem, já que a anamnese e o exame físico fornecem os dados-chave para o diagnóstico de PB (AHMED, 2005).

Tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM) é indicada nos seguintes casos: nenhuma evidência de melhora em um mês de evolução; perda de audição; suspeita de lesão em outros nervos cranianos, suspeita de AVE. A eletroneuromiografia não deve ser realizada rotineiramente. A audiometria está indicada para suspeita de neurinoma do acústico.

Exames laboratoriais são necessários se houver sinais de envolvimento sistémico, como febre, perda de peso ou fraqueza muscular facial progressiva sem recupera-

ção após quatro semanas de evolução. Punção lombar e análise do líquido cerebrospinal (LCS) são necessárias para descartar meningite. Um hemograma completo pode auxiliar no diagnóstico de malignidade no sistema linforreticular. A glicemia de jejum deve ser dosada em caso de suspeita de diabetes (AHMED, 2005).

2.3 Diagnóstico Diferencial da Paralisia Facial Periférica

Para se obter um diagnóstico diferencial, basta solicitar ao paciente que feche os olhos. Se ele não conseguir, estaremos diante de um caso de paralisia facial periférica. No caso de ser uma paralisia facial central, é possível que ele feche os olhos sem dificuldade, porém apresentará um desvio de boca para um dos lados da face (Figura 2). (LUCENA, 1993).

Neste tipo de paralisia ocorre hipotonia da musculatura facial, pois o nervo está comprometido e não permite a passagem de impulsos nervosos, além de, geralmente, o lacrimejamento encontrar-se alterado. Há também o comprometimento dos movimentos voluntários e involuntários, devido à lesão ocorrer no tronco nervoso (GOMEZ, 2000).

Figura 2 – Paralisia Facial Periférica



Fonte: Gilden, 2004

Segundo Machado (2008), como diagnóstico diferencial, podemos considerar a paralisai facial central, como sinal, o paciente fecha os olhos sem dificuldades, porém apresentará um desvio da boca para um dos lados da face, pode haver contracção involuntária da musculatura mímica, como manifestação emocional, ou seja, o paciente pode contrair a musculatura de um lado afectado quando ri ou chora mas não os contrai voluntariamente.

Nos casos em que ocorre paralisia facial central, o tónus encontra-se preservado porque o nervo apresenta-se conectado e íntegro (Figura 3). Os movimentos involuntários preservam sua integridade porque são determinados pela área extra piramidal que se situa sob o córtex. Caso a área lesada seja muito extensa, todos os movimentos estarão afectados, há lesão das fibras corticais, que fazem conexão com o núcleo do nervo facial, situados no tronco cerebral, e atingem os músculos faciais contra laterais à lesão. Neste caso, não há acometimento das fibras superiores do nervo facial. Em consequência disto, a musculatura do quadrante superior da face apresenta-se preservada (BENTO & BARBOSA, 1994).

Figura 3 – Paralisia Facial Central



Fonte: Gelden, 2004

3. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

3.1 Noção de Paralisia Facial

A Paralisia Facial é uma mononeuropatia frequente e pode originar-se por diversos tipos de afecção do nervo ou de seu núcleo motor. Desde que em 1830, Sir Charles Bell descreveu pela primeira vez uma debilidade unilateral da face, por disfunção do nervo facial, este subgrupo de paralisias idiopáticas passou a denominar-se paralisia de Bell (LASAOSA et al., 2000).

3.1.1 Paralisia Facial Periférica

Sua causa é a lesão dos neurónios do nervo facial, quer do corpo celular, quer dos axônios, em qualquer parte do trajecto nervoso. Há paralisia de toda a musculatura mímica de uma hemiface, a rima bucal desvia-se para o lado sadio devido à redução do tonu no lado afectado, e o olho mantém-se aberto pela acção do músculo elevador da pálpebra (III nervo). Movimentos como franzir a testa, assobiar e exibir os dentes como num sorriso, tornam-se impossíveis. Quando a lesão acomete fibras do nervo intermédio, pode haver deficit da gustação dos dois terços anteriores da língua e redução da secreção lacrimal (NITRINI, 2005, pg. 23).

3.1.2 Paralisia Facial Central

Apresenta-se contralateral à lesão, acometendo apenas o andar inferior da face, isentando, por exemplo, o orbicular dos olhos. Isso se deve ao fato de que a principal eferência do núcleo facial provém do córtex cerebral, através do trato córtico-nuclear e a porção dorsal do núcleo, que enerva a metade superior de uma hemiface, recebe eferências corticais dos hemisférios ipsi e contralateral. A porção ventral do núcleo, responsável pela inervação da musculatura mímica da metade inferior da hemiface, recebe apenas impulsos do hemisfério contralateral. Lesões supranucleares unilaterais causam a paralisia facial central, onde apenas a motricidade mímica da parte inferior da hemiface contralateral é comprometida, e a mímica da porção

superior é pouco ou nada afectada, devido à inervação bilateral (NITRINI, 2005, pg. 27).

3.1.3 Paralisia Facial Bilateral

Pouco se sabe sobre as patologias que causam paralisia facial bilateral. Durante nossos levantamentos bibliográficos, pudemos notar que existem certas etiologias que causam paralisia facial bilateral. No entanto, o quadro geral da doença é tão sério que a paralisia facial acaba sendo apenas comentada superficialmente. Em outras, o sintoma é passageiro. Segundo May & Shambaugh Jr. (1991), as etiologias que causam paralisias faciais bilaterais são: Síndrome de Guillain-Barré, Sarcondosis, Distrofia Miôtonica, Mononucleos, e Citomegalovírus Botulismo.

3.2 Níveis de Lesão do Nervo Facial

As lesões do facial podem ocorrer em pontos específicos do seu trajecto, até atingir a musculatura. A seguir, citaremos os locais das lesões com os respectivos sinais e etiologias.

Lesão supranuclear (lesão central)

Os quadrantes superiores da face encontram-se intactos e há presença de sorriso espontâneo. Possui como etiologias acidente vascular cerebral ou trauma crânio encefálico.

Lesão nuclear

Há envolvimento do VI e do VII par craniano e sinal do trato corticoespinal. Suas etiologias são de causa vascular, intoxicação por talidomida, poliomielites, esclerose múltipla, encefalites ou adenocarcinoma.

Lesão no ângulo ponto-cerebelar

Há envolvimento da porção vestibular e coclear do VII par craniano, diminuição do lacrimejamento e do reflexo de piscar. O paladar e a salivação podem encontrar-se alterados. Envolve, também, o V par craniano e mais tarde o IX, X e XI par craniano. Possui como etiologias neurinoma, meningioma, colesteatoma, trauma crânio encefálico ou adenocarcinoma.

Lesão no gânglio geniculado

Há paralisia facial, hiperacusia (sensibilidade auditiva, principalmente aos sons agudos), alterações no paladar, lacrimejamento e salivação. Possui como etiologias o herpes zoster, trauma crânio encefálico, paralisia de Bell, neurinoma ou meningioma.

Lesão na timpanomastóide

Há paralisia facial, diminuição no reflexo de piscar, alteração do paladar e salivação, porém o lacrimejamento permanece intacto. Pode apresentar hiperacusia se houver lesão no nervo do estribo. Possui como etiologias paralisia de Bell, colesteatoma, trauma crânio encefálico, infecção, neurinoma, glomus jugular ou adenocarcinoma.

Lesão extracraniana

Há paralisia facial. O caminho parassimpático e o paladar encontram-se intactos, ocorre desvio do mento para o lado normal. Possui como etiologias trauma crânio encefálico, carcinoma parotídeo ou carcinoma de faringe (MAY & SHAMBAUGH JR., 1991).

3.3 Terapia

Há vários métodos terapêuticos que podem ser aplicados com igual eficiência, no entanto, o que se pode notar em todos os trabalhos lidos é que, quanto antes iniciar a terapia, maiores serão as possibilidades de recuperação.

3.3.1 Fisioterapia

A fisioterapia é o primeiro estágio da terapia, preparando a face para massagem e a pele para a condução da electroterapia quando necessário. Podem-se usar também compressas húmidas geladas, tapinhas em toda face e luz infravermelha (com protecção nos olhos). Após a face estar preparada, são passadas orientações e exercícios.

As orientações são referentes aos cuidados com os olhos e estratégias para facilitar na mastigação. Em relação aos olhos, o próprio médico orienta o paciente, porém, como o fonoaudiólogo mantém contactos semanais com este, deve estar sempre frisando a importância de usar óculos escuros, colírio a cada uma hora e proteger os olhos durante a noite com pomada e micropore.

Quanto à mastigação, deve-se estimular o paciente a mastigar bilateralmente, e se necessário ajudar colocando as palmas das mãos sobre cada bochecha, e o dedo mínimo no lábio inferior. Isto ajuda a não sobrarem restos de comida no vestíbulo e permite que os lábios fiquem fechados. No decorrer de todo tratamento terapêutico, o fonoaudiólogo deve observar se as orientações estão sendo seguidas correctamente. Os exercícios devem ser feitos três vezes ao dia em frente a um espelho. Para um melhor aproveitamento do tempo, podem ser realizados durante a escovação.

A terapia se divide em exercícios de mastigação, sucção, deglutição, sopro e movimentos faciais, que serão descritos a seguir (GUEDES, 1994).

Os ramos a serem trabalhados são: temporal, zigomático, bucal e mandibular. Os exercícios dividem-se em: elevar a testa; fechar os olhos naturalmente; elevar o nariz fazendo cara de assustado ou cara de bravo; fazer cara de cheiro ruim ou de cachorro rosnando; boca de sapo; preensão de lábios isolado ou segurando bexiga; bico de peixe com facilitação; beijo bem estalado; empurrar as bochechas com a língua; rodar a língua no vestíbulo; sugar a seringa com água; alternar ar nas bochechas; estourar ar com resistência das bochechas e lábios.

Depois de realizados por algum tempo, caso a recuperação do paciente não tenha sido satisfatória, introduzem-se as massagens. Estas são realizadas de forma manual, lenta e simétrica, com pressão superficial ou profunda (GUEDES, 1994).

Em casos de Síndromes congénitas, a terapia deve ser realizada logo que a paralisia facial foi detectada. Nos bebés são realizadas massagens intra e extra orais, estimulação das funções de respiração, mastigação, sucção e deglutição. Podem-se usar compressas frias. Em relação à cavidade oral propriamente dita, é necessário fazer um trabalho de sensibilização gustativa. Este poderá ser o ponto básico para o processo terapêutico.

Quando a criança está maior, a terapia é voltada para massagens indutoras e exercícios activos do tipo isométrico, e de simetria do sistema sensório motor oral (ALTMANN e colaboradores, 1999; GEMIGNANI e colaboradores, 1996). Segundo Gomes (2000), as massagens sempre devem ser feitas em casos onde há ausência total de movimentos.

De acordo com BOARDI e colaboradores (1996), em casos como na sequência de Möebius, por suas características específicas de alteração, o trabalho directo miote-rápico é de fundamental importância. Assim, a estimulação através de massagens, variação térmica (principalmente fria) e de texturas e manobras facilitadoras para posturas e movimentação devem ser utilizadas.

A electroterapia não é muito recomendada, pois o estímulo pode causar espasmos e contraturas que são muito mais difíceis de serem tratados e, na maioria das vezes, o paciente não obtém melhora significativa. Pode ser utilizada no início do tratamento, quando a musculatura ainda encontra-se muito flácida, e deve ser interrompida com o reaparecimento dos primeiros movimentos voluntários (GUEDES, 1994).

Estudos recentes citam a utilização de acupuntura no tratamento das paralisias faciais unilaterais, porém não há estudos que relatem casos de sua utilização em paralisias faciais bilaterais. Sempre devemos lembrar que a terapia é fundamental para qualquer caso de paralisia facial, e mesmo que não haja melhora na estética facial, nós, fonoaudiólogos, podemos melhorar as condições de vida do paciente.

Existem inúmeras condições associadas à paralisia facial, tornando-se um desafio à correta determinação de sua causa. O diagnóstico preciso da paralisia facial aguda ocorre em apenas 50 – 60% dos casos. A paralisia idiopática ou de Bell, é o diagnóstico final na maioria dos pacientes. Contudo, deve-se ter cautela na aplicação deste diagnóstico – que deve ser de exclusão – de modo a não serem esquecidas outras condições potencialmente tratáveis (COSTA et al., 1994).

Em qualquer ponto do seu trajecto, o nervo facial pode ser lesado por processos diversos. Bento e Barbosa (1994) acreditam que a etiologia da paralisia facial periférica pode ser classificada principalmente em idiopática, infecciosa, traumática, congénita, tumoral e vascular, além de metabólica, tóxica, iatrogênica e Síndrome de Ramsey-Hunt, porém em menor incidência.

3.3.2 Farmacológico

Apesar de o prognóstico da paralisia ser favorável na maioria dos casos, uma parte considerável (20%) das pessoas permanece com algum grau de paresia. Dessa forma, uma terapia medicamentosa que melhore o prognóstico funcional dessas pessoas é recomendável. Corticosteroides e antivirais têm sido empregados há muitos anos, entretanto somente recentemente surgiram evidências de boa qualidade para fundamentar a utilização dessas medicações.

Dois ensaios clínicos randomizados, (total de 1.390 pessoas) mostraram que a utilização de corticoide em até 72 horas do início da paralisia aumenta a chance de recuperação funcional, além de reduzir o risco de sincinesias e disfunção autonómica. Duas metanálises (que incluíram os dois estudos citados) mostraram redução do risco de recuperação incompleta com o uso de prednisona em 29%, com NNT (número necessário para tratar) de 10. A dose usada diferiu entre os dois estudos, mas, em ambos, o corticoide foi usado por somente 10 dias. O risco de efeitos colaterais maiores com o uso do corticoide foi pequeno nos dois estudos.

Além disso, esses estudos verificaram que os antivirais (aciclovir e valaciclovir) não mostraram benefícios, tanto isoladamente quando em associação com corticoide.

Em uma metanálise recente, concluiu-se que os antivirais não apresentam benefício sobre placebo ou corticoide no prognóstico de pessoas com paralisia. Esse achado provavelmente mudará a forma como a paralisia é tratada actualmente, já que o uso de algum antiviral é prática rotineira. (WANNMACHER L, FUCHS FD, FERREIRA MBC, 2004).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo utilizou a metodologia de estudos quantitativos. Foi um estudo transversal e descritivo.

4.2 Campo de estudo

O campo de estudo foi o Centro Ortopédico Regional de Reabilitação Polivalente de Viana (CORRPV). O CORRPV é uma instituição hospitalar pública de III nível, vocacionada na reabilitação física dos portadores de deficiência, prestação de assistência médica aos deficientes físicos e a população em geral, com o intuito de dar melhor qualidade de vida destes. Foi inaugurado em 1990. O centro possui aproximadamente 159 técnicos de saúde, onde se destacam 13 médicos com diferentes especialidades. Os principais serviços oferecidos neste centro são: reabilitação, ambulatórios, internamento, diagnóstico, ortoprotesia e neurologia.

4.3 População e Amostra

A população do estudo constituído por pacientes com diagnóstico de paralisia facial periférica que recorreram nessa unidade no ano 2015.

Utilizou-se a amostragem sistemática para seleccionar os registos de pacientes encontrados em arquivos do Centro. Foram revistos os dados de todos os pacientes com paralisia facial periférica que deram entrada de Janeiro a Dezembro de 2015. O primeiro paciente foi seleccionado aleatoriamente entre os primeiros 4 pacientes dos registos de Janeiro de 2015. A partir do primeiro paciente seleccionado, foram seleccionado os outros a seguir com um intervalo de 4 pacientes. Quando o paciente seleccionado não é legível, fazia-se a substituição pelo paciente a seguir. No final, foram seleccionados 24 pacientes para o presente estudo.

4.4 Técnica e Instrumentos de Estudo

A recolha de dados foi feita através de um questionário previamente elaborado e pré-testado. O pré-teste do questionário deu a melhoria de algumas questões, e remoção de outras que não se encontravam no livro de registo. A recolha de dados foi feita pela investigadora principal deste trabalho, durante 3 dias úteis (de 13 a 17 de Maio de 2016). O trabalho de recolha de dados foi acompanhado pela direcção e clínica do Centro.

4.5 Análise de Dados

Os dados foram introduzidos no programa MS-Excel. Depois de introduzidos foram transferidos para o programa SPSS 17 para análise. O data-mining dos dados permitiu a revisão de cada variável e ajustá-lo aos parâmetros de análise, e a criação de outras variáveis de novas variáveis a partir das outras. Por exemplo, a variável tempo de tratamento que foi criada a partir das variáveis início do tratamento e fim do tratamento. A significância estatística foi identificada, usando como critério o valor de α a 5%. Os resultados são apresentados em gráficos.

4.6 Delimitação do Estudo

O presente estudo foi realizado para os pacientes com diagnóstico de paralisia facial periférica que deram entrada no CORRPV no ano 2015.

4.7 Procedimentos éticos

Os dados do estudo foram colhidos dos arquivos existentes no Centro. Nenhum nome foi retirado que identificasse o paciente. Não houve nenhuma intervenção directo ou indirecta com os sujeitos fisicamente, deixando o estudo ser não relacional. A colheita foi realizada numa sala retirada de movimentação de pessoas não relacionadas com a actividade do estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

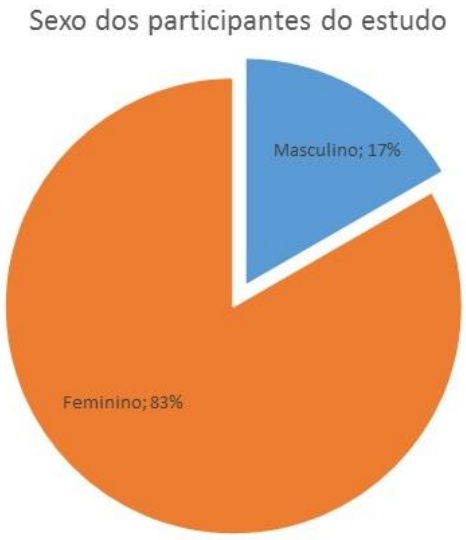
5.1 Características Demográficas dos Participantes do Estudo

Tal como foi dito na metodologia, o estudo foi aplicado aos pacientes que recorreram ao Centro Ortopédico e Reabilitação Física de Viana no ano de 2015

5.1.1 Sexo dos Pacientes

O presente estudo refere-se aos dados de 24 pacientes. Entre eles 83% foram do sexo feminino e 17% do sexo masculino. A análise da diferença das proporções entre pacientes masculinos e femininos mostrou uma significância estatística, com o valor de teste inferior a 0,001. Isto significa que a proporção dos pacientes de sexo feminino foi significativamente superior à proporção dos pacientes de sexo masculino.

Gráfico 1: Sexo dos participantes do Estudo



Fonte: Autora, 2016

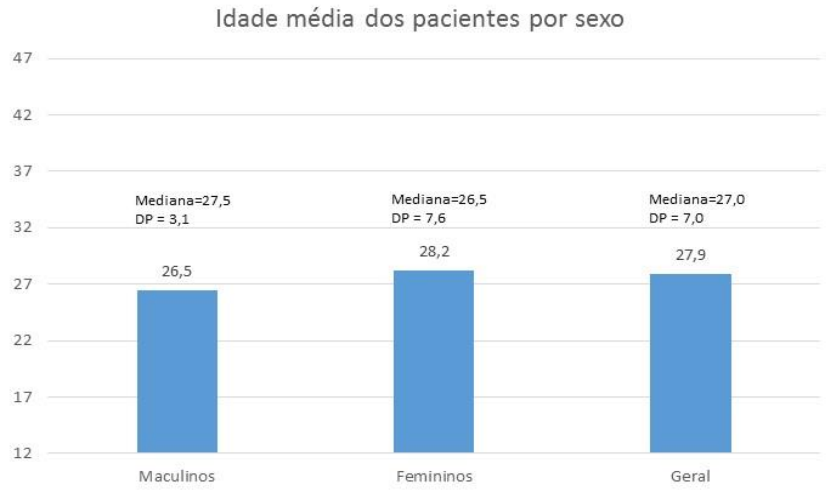
Um diálogo com os técnicos do Centro revelou que o maior número de paciente que dá entrada com essa patologia é do sexo feminino. ***"Quase que nós não recebemos homens, porque são sempre as mulheres que aparecem"***, dizia a técnica de fisioterapia.

A pesar desta constatação não foram identificadas situações que predispusessem mais as mulheres que os homens para a paralisia facial. Se alguns estudos realçam maior tendência da paralisia facial nas mulheres (VALENÇA et al. 2001), outros colocam o masculino com as maiores tendências (BATISTA, 2011). No estudo de Valença et al. realça-se o predomínio da paralisia nas pacientes do sexo feminino, com 66,7%. No estudo Batista os casos de pacientes de sexo masculino foram 157 contra 128 do sexo feminino, mostrando uma significância entre as duas proporções de pacientes.

5.1.2 Idade dos Pacientes

A idade média dos pacientes de referência do estudo foi de 27,9 anos, com um desvio padrão de 6,98 anos. A mediana da idade foi de 27 anos. A idade mínima foi de 12 anos e a máxima foi de 47 anos. O estudo identificou dois pacientes com menos de 20 anos de idade.

Gráfico 2: Idade média dos participantes por sexo



Fonte: Autora, 2016

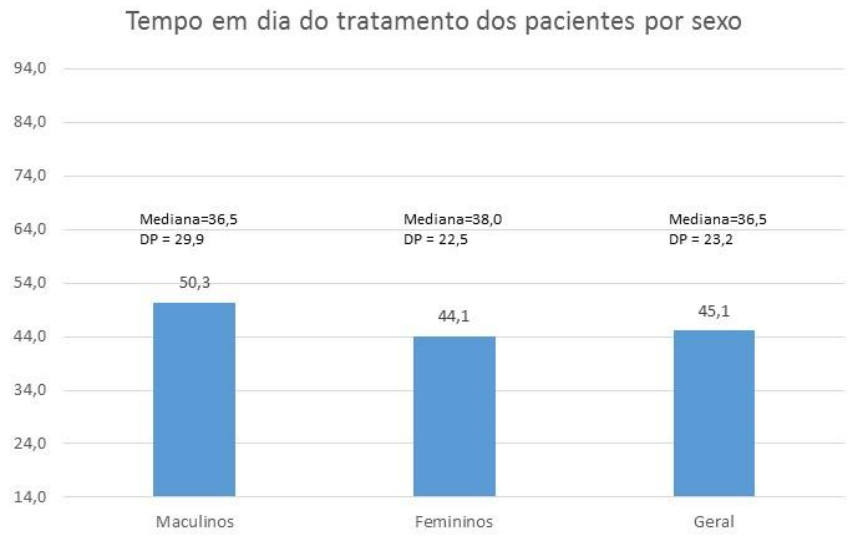
A idade média dos pacientes do sexo masculino foi de 26,5 anos e dos pacientes do sexo feminino foi de 28,2 anos. O teste das duas médias não apresentou diferença estatístico significância. Vários estudos informaram que paralisia facial pode acometer pessoas de diferentes idades. A idade média varia entre os 20 aos 45 anos.

Estudo de Valença (2001) apresenta a idade média dos pacientes entre 31 a 40 anos.

5.1.3 Período de Tratamento

O período de tratamento dos pacientes em estudo foi em média de 45,1 dias, com um desvio padrão de 23,23 dias. A mediana de tempo de tratamento foi de 36,5 dias. Os dados mostram uma grande variação e uma assimetria negativa, indicando que os pacientes levam mais tempo em tratamento do que o tempo médio apresentado. O tempo mínimo foi de 14 dias e o máximo foi de 95 dias.

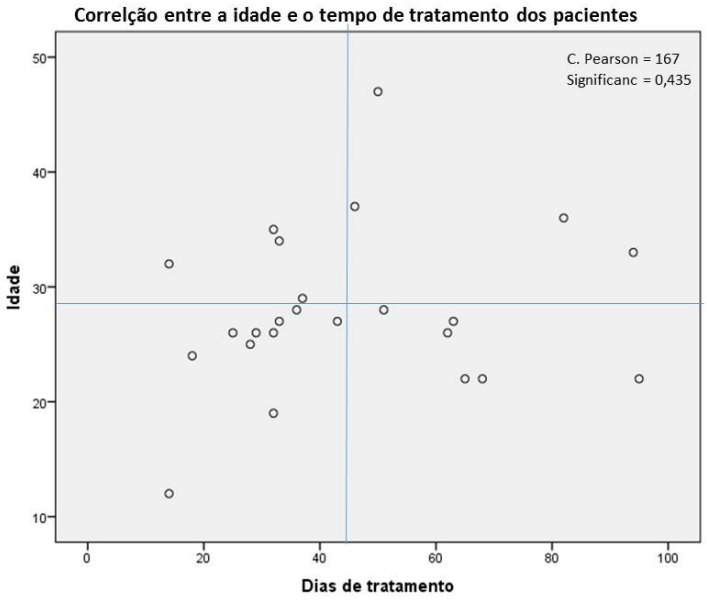
Gráfico 3: Tempo em dia do tratamento dos pacientes por sexo



Fonte: Autora, 2016

A média do tempo de tratamento nos pacientes do sexo masculino foi de 50,3 dias e nos pacientes do sexo feminino foi de 44,1 dias. O teste das médias não apresentou significância estatística entre homens e mulheres. O estudo mostra uma tendência dos pacientes de menor idade levarem menor tempo de tratamento. Entretanto, esta tendência não foi estatisticamente confirmada pelo teste de correcção. Na verdade o estudo mostrou também um número considerável de pacientes com menor idade e maior tempo de tratamento.

Gráfico 4: Correlação entre a idade e o tempo de tratamento dos pacientes



Fonte: Autora, 2016

5.2 Tipo de Diagnósticos dados aos pacientes com paralisia facial Periférica no Centro Ortopédico de Reabilitação física de Viana ano 2015

De acordo com os autores, os diagnósticos são determinados segundo a localização da lesão. (NITRINI, 2005; BENTO & BARBOSA, 1994)

Paralisia facial periférica: a sua causa é a lesão dos neurónios do nervo facial, quer do corpo celular, quer dos axiónios e em qualquer arte do trajecto nervoso. (NITRINI, 2005).

Paralisia facial central: a lesão das fibras corticais que fazem conexão com o núcleo do nervo facial situado no tronco cerebral. (BENTO & BARBOSA, 1994).

Paralisia facial bilateral: as etiologias da paralisia facial bilateral são: síndrome Guillian-Barré, sarcondosis, distrofia miotónica e mononucleose. (MAY & SHAMBAUGH JR, 1991).

Segundo o estudo de campo realizado ao Centro Ortopédico de Reabilitação Física de Viana, os pacientes ocorrem neste centro queixando-se de paralisia facial de evolução rápida (hora), dos casos mais graves referem a paralisia facial há mais de dois

à três dias. Sintomatologia como otite média, lacrimejamento, redução do paladar e fraqueza muscular facial periférica são frequentes.

Ao exame físico observa-se que o paciente tem dificuldade de franzir a testa, desvio da boca para o lado sã, dificuldade ao fechar o olho do lado afectado. Assim, os pacientes são submetidos a um exame físico minucioso da musculatura da mímica facial baseado aos sinais e sintomas apresentados. Os diagnósticos dado a esses pacientes são: A paralisia facial de Bell que é uma paralisia facial periférica idiopata de evolução rápida; A paralisia facial periférica, uma mononeuropatia que pode originar-se por diversos tipos afecções do nervo facial.

5.2.1 Diagnóstico Diferencial Realizado aos Pacientes de Paralisia Facial Periférica

Quanto ao diagnóstico diferencial da paralisia facial causada, Machado, diz que podemos considerar a paralisia facial central, como sinal, há paralisia do andar inferior da face, o paciente fecha os olhos sem dificuldades, porém apresentará um desvio da boca para um dos lados da face, pode haver contracção involuntária da musculatura mímica como manifestação emocional, ou seja, o paciente pode contrair os músculos do lado afectado quando ri ou chora, mas não os contrai voluntariamente. (MACHADO, 2005).

Na paralisia facial periferia, há paralisia de toda musculatura mímica de uma hemiface, a rima bucal desvia-se para o sadio devido à redução do tonu do lado afectado, o olho mantém-se aberto, movimentos como franzir a testa, assobiar, e exibir os dentes como um sorriso, torna-se impossível. (GOMES, 2000).

Segundo o estudo de campo realizado ao Centro Ortopédico de Reabilitação Física de Viana, quanto ao diagnóstico diferencial, o exame utilizado para a obtenção do diagnóstico diferencial, baseia-se a um exame físico em que é observado a expressão facial do paciente, a extensão da face acometida e informações sobre a história da doença. Não me foi relatado outro método de exame utilizado para obter um diagnóstico diferencial da paralisia facial periférica.

5.2.2 Situações que Influenciam o Diagnóstico da Paralisia Facial Periférica

Como a causa é a lesão dos neurónios do nervo facial, quer do corpo celular quer dos axónios, em qualquer parte do trajecto nervoso, algumas infecções podem estar relacionadas na origem da paralisia facial periférica.

Queixa como odontalgia, perda auditiva, lesão do conduto auditivo, zumbido e vertigem sugerem lesão no ouvido médio ou interno. Como o nervo facial tem trajecto muito próximo a essa estrutura a otite média comprometem o nervo facial levando assim a um diagnóstico de paralisia facial periférica.

5.2.3 Ficha de anamnese utilizada para diagnosticar o tipo de paralisia facial periférica

Baseado na recolha de informações relatado pelo paciente, o Centro Ortopédico de Reabilitação Física de Viana, elabora um registo de dados aonde toda a informação relatada pelo paciente seja arquivada. A presente ficha é constituída pelos seguintes itens:

Data de Entrada

Dados Pessoais

História da Doença

Diagnóstico

Sessões de Tratamento

Data do início do Tratamento

Data do Fim do Tratamento

5.2.4 Importância do estudo

Este estudo tem sua relevância académica, no sentido de fazer parte das discussões da ciência para dar resposta de muitos tabus em volta do assunto paralisia

facial. A comunidade estudantil, pretende sob forma geral, fazer uma avaliação em tempo real, descritivo e histórico dos factores associados a esta doença e as formas de tratamento.

A sua relevância social, consiste no facto se ser considerado um problema que afecta a sociedade. Este trabalho vai apresentar um conjunto de informações face a paralisia facial periférica de origem odontológica. É necessário ter um conhecimento completo da anatomia e da fisiologia do nervo facial como elementos essenciais para a localização do nível da lesão, bem como a quantificação da agressão ao nervo, para melhor compreensão das consequências que elas podem causar.

6. CONCLUSÃO

Após a recolha de dados efectuados no Centro Ortopédico e Reabilitação Física de Viana, concluir:

1- Os tipos de diagnóstico dado aos pacientes com paralisia facial que recorreram ao centro são: paralisia de Bell e paralisia facial periférica,
2- As situações que influenciam o diagnóstico de paralisia facial periférica são: as queixas como odontalgia, perda auditiva, visão do conduto auditivo, zumbido e vertigem, lesão do ouvido médio ou interno.
3- A ficha de anamnese é constituída por data de entrada, dados pessoais, história da doença, diagnóstico, sessões de tratamento, data do início do tratamento e data do fim do tratamento.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTMANN, E.B.C.; VAZ, A.C.N.;, R.B.F.; MARQUES, R.M.F. -- Paralisia Facial Congénita: - RevistaFonoAtual 8(3):14-8 2° trimestre, 1999.

BATISTA, Kátia Torres (2011). Paralisia facial: análise epidemiológica em hospital de reabilitação, Rev. Bras. Cir. Plást. vol.26 no.4 São Paulo

BENTO, R.F.& BARBOSA, V.C. -- Paralisia Facial Periférica. In: LOPES FILHO, O.- Tratado de Otorrinolaringologia. São Paulo, Roca, 1994

BOIES, L.G.; WALKER, J.; TAYLOR, D..Binocular Vision Quaterly, 3(5): 119-32, London- April, 2009.

CAMBIER, J.R.G. -- Paralisia facial: diagnóstico e tratamento. RBM-ORL, 5(4): 143-50, set, 2006.

COSTA, C. -- Prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer bucal. São Paulo, Frôntis, 2003.

CRUZ, O.L.M. & ALVARENGA, E.H.L. -- Paralisia Facial na Infância. In: SIH, T.- Otorrinolaringologia Pediátrica. Rio de Janeiro, Revinter, 1998

FATTINI, R.D.; HAMILTON, G.F.; FYFE, F.W. -- Sistema Nervoso. In:___ Anatomia do Corpo Humano. 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2011.

FERREIRA, V.J.A. -- Síndrome de Möebius: Você Precisa Saber !.Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 4(2): 51-2, dez.1998.

FIGÚN, M.E.& GARINO, R.R. -- Neurologia. In:___ -- Anatomia Odontológica Funcional e Aplicada. 2.ed. São Paulo, Panamericana, 1989

GEMIGNANI, E.Y.M.Y.; LONGONE, E.; GUEDES. – Sequência de Möebius – Relato de um caso clínico - Revista Pró-Fono, 2(8): 51-4, set, 1996.

GILDEN DH. Prática clínica. Paralisia de Bell. N Engl J Med. 2004.

GOMEZ, M.V.S.G. -- A contribuição do trabalho fonoaudiológico na paralisia facial no câncer de cabeça e pescoço. 2000

GUEDES, Z.C.F. -- Actuação do Fonoaudiólogo na Equipe Multidisciplinar de Atendimento ao Portador de Paralisia Facial Periférica. São Paulo, 1994. [Tese --- Doutorado --- Escola Paulista de Medicina]

HUNGRIA, H. -- Paralisia Facial Endotemporal. In:___ -- Otorrinolaringologia. 5.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1984. p.343-56.

KENDALL, L.F.; MC CREARY. -- A Actuação da Fonoaudiologiano Câncer de Cabeça e Pescoço. São Paulo, Lovise, 1986

K.J MOLL & M. MOLL. Atlas de Anatomia, 4ª Edição, Lusociência, Lisboa, 2004.

LACÔTE, M.; CHEVALIER, A.M.; MIRANDA, A.; BLETON, J.P.; STEVENIN, P. -- Avaliação Clínica da Função Muscular. São Paulo, Manoele, 1987. 116p.

LASAOSA, et. al. – Intervenção Fonoaudiológica Precoce na Sequência de Möebius: Relato de Caso - Revista Pró-Fono, 2(8): 55-61, set, 2000.

LUCENA, A.C.T. -- Fisioterapia na Paralisia Facial Periférica. São Paulo, Lovise, 1993. 95p.

MACHADO, R.A. & TSUCHIYA, T.A. -- Avaliação do Teste de Excitabilidade Mínima (“Teste de Hilger”) na Paralisia Facial Periférica. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, 1(63): 2008.

MAY, M. & SHAMBAUGH JR., G.E. – Paralisia do Nervo Facial. W.L. Otorrinolaringologia, vol ll, Saunders,1991.

TESTA, J. R. G.; FUKUDA, Y. Paralisia Facial Periférica Idiopática: da Incidência e dos Fatores Prognósticos. Acta WHO, v.12, Lilacs, 1993.

VALENÇA MM, Valença LPAA. Nervo facial: aspectos anatômicos e semiológicos. Neurobiologia 2001; 62:77-84.

WANNMACHER L, Fuchs FD, Ferreira MBC. Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

GLOSSÁRIO

Artralgia – Artralgia é a dor em uma ou mais articulações.

Ataxia - Impossibilidade de coordenar os movimentos voluntários estando conservada a força muscular e a vontade de os executar.

Axonatmese – É a forma mais branda de lesão de nervo. Caracteriza-se por ser um episódio de paralisia motora com pouca ou nenhuma disfunção da sensibilidade ou da função autonómica. Na neuropraxia não há ruptura do nervo ou de sua bainha de mielina.

Botulismo – O botulismo é uma forma de intoxicação alimentar rara mas potencialmente fatal, causada por uma toxina produzida pela bactéria Clostridium botulinum, presente no solo e em alimentos contaminados e mal conservados.

Citomegalovírus – O citomegalovírus é um dos vírus da herpes.

Colesteatoma – É uma alteração destrutiva de uma parte da membrana mucosa do ouvido médio que passa a ser tecido epitelial.

Contralateral - Que está situado no lado oposto ou a ele pertence. O termo contralateral é respectivo da medicina.

Distrofia Miotônica – É uma doença que atinge os músculos

Eletroneuromiografia – A eletroneuromiografia é um exame que permite diagnosticar lesões de nervos e doenças dos nervos e músculos.

Esporádico - Aquilo que não é feito e ou acontece com frequência.

Hipoacusia - Diminuição da capacidade auditiva. Também conhecido como surdez.

Homolateral - Que fica do mesmo lado, que se manifesta do mesmo lado. A paralisia facial é homolateral, correndo do mesmo lado da lesão; as paralisias centrais são contra laterais.

Iatrogênica – Iatrogenia refere-se a um estado de doença, efeitos adversos ou complicações causadas por ou resultantes do tratamento médico. Contudo, o termo deriva do grego iatros (médico, curandeiro) e genia (origem, causa), pelo que pode aplicar-se tanto a efeitos bons ou maus.

Idiopata – Idiopatia é o termo que, em patologia médica, é usado para indicar que determinado mal ou doença não possui causa certa ou conhecida.

Mononeuropatia – A Mononeuropatia (ou mononeurite) é um tipo de neuropatia que só afecta um único nervo periférico ou craniano. É diagnosticamente útil distingui-las de neuropatia periférica e neuropatia autonómica porque a limitação em extensão faz isto mais provável que a causa é um trauma localizado ou infecção.

Mononeuropatia – A Mononeuropatia (ou mononeurite) é um tipo de neuropatia que só afeta um único nervo periférico ou craniano.

Mononucleose – A mononucleose é uma doença causada pelo vírus de Epstein-Barr. Esse vírus invade as células que revestem o nariz e a garganta, afectando os linfócitos B (glóbulos brancos responsáveis pela produção de anticorpos).

Neuropraxia – Neuropraxia ou neurapraxia é uma das formas de lesão de nervos descrita na classificação de Seddon.

Neurossarcoidose – Doença granulomatosa de tipo sarcoide do sistema nervoso central, de etiologia desconhecida, que tem, geralmente, envolvimento sistémico.

Neurotmese – é um trauma físico envolvendo o sistema nervoso periférico, com ruptura parcial ou completa do axónio e das fibras nervosas e nervos vinculadas. O grau mais extremo de neurotmese é transsecção, embora a maioria das lesões neurotmeticas não produzem perda bruta de continuidade do nervo, mas sim, o rompi-

mento interno da arquitectura do nervo suficiente para envolver perineuro e endoneuro, bem como os axônios e seus invólucros. Ele necessita de cirurgia, com recuperação imprevisível.

Nistagmo - Nistagmo são oscilações rítmicas, repetidas e involuntárias de um ou ambos os olhos conjugadamente, nos sentidos horizontal (de um lado para o outro), vertical (de cima para baixo) ou rotatório (movimentos circulares) que podem dificultar muito a focalização das imagens.

Poliomielite - A poliomielite, também chamada de pólio ou paralisia infantil, é uma doença infecciosa viral aguda transmitida de pessoa a pessoa, principalmente pela via fecal-oral.

Talidomida – A talidomida é uma substância usualmente utilizada como medicamento sedativo, anti-inflamatório e hipnótico. Devido a seus efeitos teratogénicos, tal substância deve ser evitada durante a gravidez e em mulheres que podem engravidar, pois causar má-formação ou ausência de membros no feto.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Carta apresentada à coordenação do curso de Odontologia da Universidade Privada de Angola, aprovada pelo orientador

À
Coordenação do curso de Odontologia da Universidade Privada de Angola – UPRA

LUANDA

Assunto: Apresentação do Tema para a Exposição do Trabalho de Fim do Curso (Monografia)

Maria Manuel, estudante da UPRA, sob o número de matrícula 1016667, inscrito no curso de Odontologia no ano lectivo de 2014 à 2016 (5º ano), turma SOD 51.

Venho por este meio solicitar a Exma. Coordenadora do Curso de Odontologia da UPRA, se digne autorizar que eu possa começar a minha pesquisa do Trabalho do Fim do Curso, com o seguinte tema: **Diagnóstico da Paralisia Facial Periférica de Origem Odontológica e Revisão de Processos Clínicos No Centro Ortopédico Regional De Reabilitação Polivalente De Viana,** pelo que;

Espero deferimento

LUANDA, AOS 08 DE FEVEREIRO DE 2016

A Signatária

_____
Maria Manuel

APÊNDICE B – Questionário

Secção 0: Identificação do paciente

Nº	QUESTÃO											
0.	Número do paciente											
1.	Sexo	1. Masculino 2.Feminino										
2.	Idade											
3.	Data de Início da paralisia											

Secção 1: Clínica

Nº	QUESTÃO											
4.	Data de início do tratamento											
5.	Data do término do tratamento											
6.	Condição no término do tratamento	1. Recuperado 2. Não recuperado										

História de doenças

Nº	QUESTÃO											
7.	Malária											
8.	Meningite											
9.	Encefalite											
10.	Poliomielite											
11.	Mononucleose infecciosa											
12.	Sífilis											
13.	Tétano											
14.	Herpes											
15.	Otite média											
16.	Lepra											
17.	Difteria											
18.	Varicela											
19.	Tuberculose											
20.	VIH											

Congénita

Nº	QUESTÃO											
21.	Síndrome de Moebius											
22.	Talidomida											

Neoplasma

Nº	QUESTÃO											
23.	Glioma pontino											
24.	Leucemia											

Traumatismo

Nº	QUESTÃO											
25.	Trauma neonatal											
26.	Objectos cortantes e perfurantes											
27.	Acidentes automobilísticos											
28.	Fracturas											

Metabólicos

Nº	QUESTÃO											
29.	Diabete melitus											
30.	Neuropatia alcoólica											

Lesões centrais não inflamatórias

Nº	QUESTÃO											
31.	Vascular											
32.	Esclerose múltipla											
33.	Paralisia bulbar progressiva											

Doenças de origem neurogénica

Nº	QUESTÃO											
34.	Ausência congénita de musculatura facial											
35.	Miastenia grave											
36.	Doença psiquiátrica											

Associação com doenças de etiologia indeterminada

Nº	QUESTÃO											
37.	Síndrome de Guilleain-Barré-Strohl											
38.	Síndrome de Heerfordt											
39.	Síndrome de Melkersson											
40.	Periarterite nodosa											