

PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA BILATERAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

**Carlos Alexandre Twardowschy,¹ Fernando Tensini,¹ Luciane Filla¹
Erickson Danilo Padovani,² Gabriela Boschetti,² Igor Barcellos²**

RESUMO

Introdução: A paralisia facial periférica é uma entidade clínica com várias etiologias possíveis, e quando esta é desconhecida, é denominada paralisia de Bell. Caracteriza-se a pela impossibilidade de fechar um dos olhos, desaparecimento do sulco nasolabial e desvio da rima bucal. A maioria é unilateral e idiopática, porém quando é bilateral, tende a ser secundária a quadros neurológicos, infecciosos, traumáticos, neoplásicos ou metabólicos, sendo a etiologia indefinida em 23% dos casos. **Objetivos:** O diagnóstico diferencial do quadro de paralisia facial bilateral é amplo, sendo algumas causas potencialmente fatais, devendo o médico estar atento às várias possibilidades. **Relato do Caso:** Homem, 35 anos, hipertenso, diabético, dislipidêmico, em tratamento para depressão, com história prévia de gastroplastia há 14 meses devido a obesidade mórbida, tendo perdido 72 kg no período. Procurou setor de emergência referindo ter acordado com o lado direito do rosto paralisado. Há 1 mês estava em acompanhamento com médico generalista por quadro de paralisia facial periférica de hemiface esquerda. Na admissão, apresentava paralisia facial periférica bilateral, com presença de sinal de Bell, fala arrastada, escape de saliva, hipoestesia facial bilateral e restante inalterado. O paciente ficou internado para investigação por 8 dias, sendo submetido a um novo ciclo de aciclovir, prednisona além de fonoaudiologia e cuidados oculares. Apesar de extensa pesquisa não foi possível identificar um fator precipitante para o quadro, ratificando que muitas vezes o diagnóstico etiológico da paralisia periférica bilateral é desafiador e complexo. **Discussão:** A paralisia de Bell é relativamente comum, com incidência de 13 a 34 casos por 100 mil habitantes, sendo bilateral em 0.3 a 2 por cento dos pacientes. Nestes, geralmente o quadro é secundário à doenças como: Guillain-Barré, sarcoidose, meningite (infecciosa ou neoplásica), doença de Lyme, neuropatia cranial múltipla idiopática, hipertensão intracraniana benigna, romboencefalite, diabetes mellitus, sífilis, infecção pelo HIV, mononucleose, Síndrome de Melkersson-Rosenthal, Síndrome de Moebius, vasculites, neurofibromas bilaterais e leucemia ou tumores pre ou intrapontinos bilaterais. O tratamento inclui a abordagem à doença de base, e assim como na doença unilateral, a corticoterapia associada ao aciclovir continuam indicados na maioria das situações.

Palavras-chave: Paralisia Facial; Diagnóstico.

ABSTRACT

Introduction: Peripheral facial paralysis is a clinical entity with several possible etiologies; when the etiology is unknown, the condition is known as Bell's palsy. It is characterized by the inability to close one eye, disappearance of the ipsilateral nasolabial fold, and deviation of the rima oris. Most cases are unilateral and idiopathic, but bilateral cases tend to be secondary to neurological disorders, infections, traumas, neoplasms, or metabolic disorders. The etiology is undefined in 23% of the cases. **Objectives:** The differential diagnosis of bilateral facial palsy is broad, and the physician should be aware of the various outcomes, considering that some of them are fatal. **Case Report:** A 35-year-old male was admitted to the emergency unit with paralysis of the right side of the face. He had hypertension, diabetes, and dyslipidemia; was under treatment for depression; and had a history of gastroplasty 14 months previously because of morbid obesity and had lost 72 kg since then. One month prior to admission, he had consulted a general practitioner because of peripheral facial palsy of the left side of the face. On admission, he presented with bilateral peripheral facial paralysis, Bell's sign, slow speech, salivation, and bilateral facial hypoesthesia. He remained hospitalized for 8 days, received acyclovir and prednisone, underwent speech therapy, and received eye care. Despite extensive investigation, it was not possible to identify a precipitating factor for the symptoms, corroborating the fact that the etiological diagnosis of bilateral peripheral palsy is often challenging and complex. **Discussion:** Bell's palsy is relatively common, with an incidence of 13–34 cases per 100,000, and the incidence rate of the bilateral type varies between 0.3% and 2%. In the latter, the symptoms are generally secondary to other diseases, including Guillain-Barré syndrome, sarcoidosis, meningitis (infectious or neoplastic), Lyme disease, idiopathic multiple cranial neuropathy, benign intracranial hypertension, diabetes mellitus, syphilis, HIV infection, mononucleosis, Melkersson-Rosenthal syndrome, Moebius syndrome, bilateral neurofibromas, leukemia, and pre- or

Autor correspondente: Erickson Danilo Padovani - erickson_padovani@yahoo.com.br

¹ Médicos do Serviço de Neurologia - Hospital Universitário Cajuru – PUCPR.

² Residentes do Serviço de Neurologia - Hospital Universitário Cajuru – PUCPR.

intrapontine tumors. Treatment includes addressing the underlying diseases, and similar to the management of unilateral paralysis, corticotherapy with acyclovir is indicated in most situations.

Keywords: Facial Paralysis; Diagnosis.

INTRODUÇÃO

A paralisia facial periférica é uma entidade que pode ser associada a várias etiologias, e quando a causa é desconhecida, é denominada paralisia de Bell. A paralisia de Bell é relativamente comum, com uma incidência de cerca de 13 a 34 casos por 100mil habitantes.⁽¹⁻

³⁾ Ela é responsável por cerca de 70% dos casos de paralisia facial periférica unilateral.⁽²⁾

Os pacientes com paralisia de Bell geralmente apresentam um quadro agudo com evolução de algumas horas, apresentando incapacidade para fechar um dos olhos, desaparecimento do sulco nasolabial e desvio de rima bucal. A paralisia atinge seu ápice geralmente por volta do terceiro ou quarto dia, e desaparece em torno de 3 semanas em cerca de 85% dos casos.⁽¹⁾

RELATO DO CASO

Paciente masculino, 35 anos, hipertenso, diabético, dislipidêmico, em tratamento para depressão, com história prévia de gastroplastia há 14 meses devido à obesidade mórbida, tendo perdido 72 kg desde então. Foi admitido no setor de emergência com relato de ter acordado com o lado direito do rosto paralisado. Há 1 mês estava em acompanhamento com médico generalista por quadro de paralisia facial periférica de hemiface esquerda, tendo realizado 7 dias de tratamento com aciclovir e prednisona, e sessões de fonoaudiologia, com pouca melhora até então. Ao exame admissional apresentava paralisia facial periférica bilateral, com presença de sinal de Bell, fala arrastada, escape de saliva, hipoestesia facial bilateral e restante inalterado.

O paciente ficou internado para investigação clínica durante um total de 8 dias, sendo realizado novo ciclo de aciclovir e prednisona, fonoaudiologia e cuidados oculares. O hemograma da admissão apresentava uma leucocitose de 13580 e restante normal, hemoglobina glicosilada 5.9% e glicose, bilirrubinas, coagulograma, enzimas hepáticas, função renal e eletrólitos, ácido fólico e vitamina B12 normais. Apresentava ainda fator antinuclear, fator reumatoide, TSH e VHS sem alterações. Líquor completo, bandas oligoclonais e índice de IgG foram normais, e a radiografia de tórax e doppler de carótidas não tinham alterações significativas. A ressonância nuclear magnética de crânio mostrou

evidência de sinusopatia maxilar crônica, sem hiperintensidade em nervo facial ou outras alterações. Os exames sorológicos para HIV, e IgM /IgG para toxoplasmose, citomegalovírus, Epstein-baar vírus, além de VDRL e Doença de Lyme(*Borrelia*), todos negativos. Novo líquido completo realizado após 7 dias permaneceu inalterado.

Dessa forma, o paciente foi liberado para domicílio com plano de fonoaudiologia e cuidados oculares, tendo retornado em ambulatório após três semanas com ténue melhora do quadro, mais no lado esquerdo, entretanto não tinha realizado as sessões de fonoaudiologia conforme preconizado. Assim sendo, apesar de extensa pesquisa etiológica para o quadro clínico do paciente, não foi possível identificar um fator precipitante para o quadro, confirmando que muitas vezes o diagnóstico etiológico da paralisia periférica bilateral transforma-se em um dilema.

DISCUSSÃO

A paralisia facial periférica bilateral (PFPB) é muito mais rara que a unilateral, com uma incidência estimada em 0.3 a 2 por cento dos casos de paralisia facial.⁽¹⁻³⁾ Ao contrário da paralisia facial unilateral, nos pacientes que apresentam a paralisia bilateral a probabilidade de etiologia idiopática é menor, estando o quadro geralmente associado condições médicas subjacentes, como neurológicas, infecciosas, traumáticas, neoplásicas ou metabólicas, sendo a causa não encontrada em cerca de 23% dos casos.^(1,2)

A maioria dos pacientes que apresentam quadro de PFPB tem Guillain-Barré, sarcoidose, meningite (infecciosa ou neoplásica), doença de Lyme, neuropatia cranial múltipla idiopática, hipertensão intracraniana benigna, romboencefalite, diabetes mellitus, sífilis, infecção pelo HIV, mononucleose, Síndrome de Melkersson-Rosenthal, Síndrome de Moebius, vasculites, neurofibromas bilaterais, leucemia ou tumores pre ou intrapontinos bilaterais.⁽²⁾

Nos Estados Unidos, a causa mais comum de PFPB é a Doença de Lyme, que é transmitida por um carrapato comum na região. A doença é causada pela espiroqueta *Borrelia burgdorferi*, e a PFPB pode ser vista em cerca de 30% dos casos.⁽²⁾ O diagnóstico é sorológico, sendo que o anticorpo IgM geralmente atinge o pico em 2 semanas, declinando gradativamente com o tratamento e o IgG tem seu pico por volta de 2 meses, permanecendo positivo por longo período.

O vírus Epstein-Barr (EBV) tem sido associado a quadros de PFPB, e apesar da grande maioria dos casos ocorrer na faixa etária pediátrica, alguns casos foram relatados na

população adulta. Alguns pacientes ainda apresentam evidência sorológica de infecção pelo EBV, inferida pelo anticorpo IgG positivado.

Outros agentes infecciosos que podem gerar PFPB em potencial são o Herpes Simplex Vírus (HSV), *Mycoplasma pneumoniae*, citomegalovírus, o vírus varicela-zoster e HIV.^(1,3) Devem ser pesquisados fatores de risco, história infecciosa progressiva e realizados testes diagnósticos para tais agentes.

A Síndrome de Guillain-Barré é um quadro decorrente de mecanismo imuno-inflamatório após um quadro infeccioso, e se apresenta com polirradiculopatia flácida arreflexa ascendente, podendo acometer a face nos casos graves, sendo que uma minoria dos casos podem ter apresentações atípicas. O diagnóstico é clínico, sendo que a análise do líquor geralmente demonstra a clássica dissociação proteino-citológica.^(1,2)

Tumores do ângulo ponto-cerebelar e as fraturas traumáticas do crânio também são causas em potência de PFPB, e devem ser suspeitados quando há história compatível, sendo que nesses casos são indicados os exames radiológicos para auxílio diagnóstico.

A Sarcoidose é um agente etiológico em potencial, e classicamente a doença acomete os pulmões, gerando sintomas como astenia, febre, artralguas e tosse. Para excluir sarcoidose, é necessário radiografia ou tomografia de tórax, que geralmente apresentam adenopatia hilar. A dosagem sérica da enzima conversora de angiotensina também pode ser solicitada, e está aumentada em cerca de 15% dos pacientes com doença ativa.⁽⁴⁾

O Diabetes Mellitus é uma doença que propicia a degeneração neuronal, sendo que cerca 28,4% dos pacientes que tiveram quadro de PFPB apresentavam a doença. Exames de glicose sérica e hemoglobina glicosilada devem ser solicitados de acordo com a suspeição clínica.⁽²⁾

O efeito da terapia com corticosteroides e agentes antivirais nos casos de paralisia facial periférica unilateral é controverso, inclusive nos casos de paralisia de Bell, entretanto, a literatura recomenda que nos casos de PFPB de origem presumivelmente viral esta terapia deve ser sempre realizada, pois nesses casos os pacientes apresentam grande incomodo decorrente de irritação ocular, escape de saliva e aparência antiestética durante o período de recuperações.⁽³⁾

Em relação à recuperação, geralmente um dos lados recupera-se mais rapidamente, e de uma maneira geral, o prognóstico é parecido com os quadros de paralisia unilateral.⁽¹⁻³⁾ Entretanto, o prognóstico também vai depender da doença de base, sendo pior em pacientes com mais de 60 anos, diabéticos, hipertensos, paralisias dolorosas e aqueles que tem

diminuição do lacrimejamento.⁽³⁾ Apesar disso, várias são as possíveis etiologias para o quadro de PFPB, deste modo é importante realizar uma investigação aprofundada, pois o tratamento e o prognóstico dependerão da causa.

REFERÊNCIAS

1 Oosterveer DM, Benit CP, Schryver ELLM. Differential diagnosis of recurrent or bilateral peripheral facial palsy. *The Journal of Laryngology & Otology*.2012;126:833-836.

2 Pothiawala S, Lateef F. Bilateral Facial Nerve Palsy: A Diagnostic Dilemma. *Case Reports in Emergency Medicine*;2012:3.

3 Kim YH, Choi IJ, Kim HM, Ban JH, Cho CH, Ahn JH. Bilateral Simultaneous Facial Nerve Palsy: Clinical Analysis in Seven Cases. *Otology & Neurotology* 2008;29:397-400.

4 Rafii MS, Pardo CA. A Woman With Bilateral Bell's Palsy. *Medscape General Medicine* 2006;8(4):23.