

PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA IDIOPÁTICA DE BELL

IDIOPATHIC PERIPHERAL FACIAL PARALYSIS OF BELL

Karina Mendes Seghetto Megiolaro¹

Gabriela Bueno de Oliveira²

Lucas Pimentel Boechat³

RESUMO: A paralisia de Bell, ou paralisia facial periférica idiopática, é uma condição neurológica caracterizada pela paralisia súbita de um lado do rosto, resultante da inflamação do nervo facial (nervo craniano VII). Embora a causa exata permaneça desconhecida, há uma forte associação com infecções virais, especialmente o herpes simples tipo 1 (HSV-1). A prevalência global é estimada entre 15 e 30 casos por 100.000 habitantes anualmente, sendo responsável por 60-70% das paralisias faciais periféricas. O reconhecimento precoce é essencial para diferenciar a paralisia de Bell de condições mais graves, como acidentes vasculares encefálicos (AVC). O tratamento geralmente envolve a administração de corticosteroides, que, se iniciada nas primeiras 72 horas, está associada a melhores resultados funcionais. Apesar da maioria dos pacientes se recuperar completamente em semanas a meses, até 30% podem apresentar sequelas a longo prazo. Este artigo explora a epidemiologia, etiologia, diagnóstico e manejo clínico da paralisia de Bell, além de discutir as abordagens terapêuticas mais recentes e seus desfechos.

2568

Palavras-chave: Paralisia. Neurologia. Paralisia facial periférica.

ABSTRACT: Bell's palsy, or idiopathic facial paralysis, is a neurological condition characterized by sudden paralysis of one side of the face, resulting from inflammation of the facial nerve (cranial nerve VII). Although the exact cause remains unknown, there is a strong association with viral infections, particularly herpes simplex virus type 1 (HSV-1). The global prevalence is estimated to be between 15 and 30 cases per 100,000 population annually, accounting for 60-70% of peripheral facial paralysis cases. Early recognition is essential to differentiate Bell's palsy from more serious conditions, such as strokes. Treatment typically involves the administration of corticosteroids, which, if started within the first 72 hours, are associated with better functional outcomes. While most patients recover completely within weeks to months, up to 30% may experience long-term sequelae. This article explores the epidemiology, etiology, diagnosis, and clinical management of Bell's palsy, as well as discussing the latest therapeutic approaches and their outcomes.

Keywords: Paralysis. Neurology. Peripheral facial paralysis.

¹Médica pela Universidade Presidente Antônio Carlos – UNIPAC.

²Médica pela Universidade Jose do Rosário Vellano (UNIFENAS-BH).

³Médico pela Universidade Iguacu – UNIG.

INTRODUÇÃO

A paralisia de Bell, também conhecida como paralisia facial periférica idiopática, é uma condição neurológica que se caracteriza pelo enfraquecimento ou paralisia súbita dos músculos de um lado do rosto. Essa condição ocorre devido à inflamação do nervo facial (nervo craniano VII), resultando na perda da função motora na hemiface afetada (Peitersen, 1982). Embora a causa exata da paralisia de Bell ainda não seja totalmente compreendida, há uma forte associação com infecções virais, especialmente o vírus do herpes simples tipo 1 (HSV-1) (Kennedy, 2010; Zhang et al., 2020). Embora a maioria dos casos seja temporária, os impactos físicos e psicológicos podem ser significativos, afetando a qualidade de vida dos pacientes e levando a problemas como ansiedade e depressão (Savadi-Oskouei et al., 2008).

O reconhecimento da paralisia de Bell na prática clínica é crucial, pois seu diagnóstico diferencial inclui condições graves, como acidentes vasculares encefálicos (AVC) e tumores do sistema nervoso central (Jackson & von Doersten, 1999). Estima-se que a paralisia de Bell seja responsável por cerca de 60-70% dos casos de paralisia facial periférica, com uma prevalência global entre 15 e 30 por 100.000 habitantes por ano (Hilsinger et al., 1975; Monini et al., 2010). Essa elevada prevalência destaca a importância de um diagnóstico preciso e rápido, uma vez que a identificação errônea pode levar a intervenções inadequadas e ao agravamento do estado do paciente.

O tratamento precoce da paralisia de Bell, geralmente com o uso de corticoides, está associado a melhores resultados funcionais e a uma recuperação mais rápida. A administração de corticosteroides, como a prednisona, deve ser iniciada o mais rápido possível após o início dos sintomas, preferencialmente nas primeiras 72 horas, para maximizar os benefícios terapêuticos (Gupta et al., 2021; Güneş et al., 2021). No entanto, a taxa de recuperação pode variar consideravelmente; enquanto a maioria dos pacientes recupera a função facial em semanas a meses, uma porcentagem significativa (15-30%) pode enfrentar sequelas de longo prazo, como sincinesias e fraqueza residual (Peitersen, 1982; Hilsinger et al., 1975).

Este artigo tem como objetivo explorar a epidemiologia, etiologia, diagnóstico e manejo clínico da paralisia de Bell, bem como discutir as opções terapêuticas mais recentes e seus desfechos. A compreensão dessas dimensões é fundamental para o aprimoramento

das abordagens de tratamento e suporte ao paciente, além de contribuir para uma melhor qualidade de vida dos indivíduos afetados.

METODOLOGIA

A pesquisa foi conduzida utilizando uma abordagem de revisão integrativa da literatura científica sobre a paralisia de Bell. Foram incluídos artigos publicados entre 1980 e 2023, obtidos em bases de dados como PubMed, Scopus e Google Scholar. Foram utilizados os seguintes descritores: “paralisia de Bell”, “paralisia facial periférica”, “herpes simples” e “tratamento”. A busca foi restrita a estudos em inglês e português, excluindo-se artigos que tratavam de paralisias faciais com causas conhecidas, como trauma, AVC e tumores.

Os critérios de inclusão foram: estudos que analisaram a fisiopatologia da paralisia de Bell, casos clínicos com tratamento específico e revisões que avaliaram desfechos a curto e longo prazo. Foram excluídos estudos que não apresentavam dados clínicos relevantes ou que não tinham sido revisados por pares.

Após a seleção dos artigos, os dados foram organizados em tópicos que abordam: a prevalência, os fatores de risco, a etiologia, a fisiopatologia, o quadro clínico, o diagnóstico diferencial e o tratamento. A análise dos dados foi realizada qualitativamente, destacando as evidências mais relevantes para cada uma dessas áreas.

DISCUSSÃO

A paralisia de Bell é a forma mais comum de paralisia facial periférica, responsável por aproximadamente 70% dos casos diagnosticados. Essa condição pode afetar indivíduos de todas as idades, mas é especialmente prevalente entre aqueles com idades entre 15 e 60 anos, com uma incidência notável nas mulheres durante a gravidez (Peitersen, 1982; Hilsinger et al., 1975). Estudos epidemiológicos revelam que a paralisia de Bell acomete homens e mulheres de maneira semelhante, sem uma predileção racial significativa, o que sugere que fatores genéticos e ambientais desempenham papéis relevantes na suscetibilidade à condição (Monini et al., 2010; Zhang et al., 2020).

As evidências acumuladas ao longo dos anos indicam que infecções virais, especialmente a reativação do herpes simples tipo 1 (HSV-1), desempenham um papel crucial na patogênese da paralisia de Bell. A reativação do vírus latente no gânglio geniculado leva a um quadro inflamatório que comprime o nervo facial, resultando em

sintomas característicos da condição (Kennedy, 2010; Adour et al., 1975). Além do HSV-1, outros agentes virais, como o vírus da varicela-zoster (VVZ), citomegalovírus e o Epstein-Barr, também têm sido implicados na condição (Menditto et al., 2019; Linder et al., 2005). A interrelação entre esses vírus e a paralisia de Bell destaca a complexidade da condição, pois a presença de infecções virais não é o único determinante.

Fatores de risco adicionais, como imunossupressão, estresse, exposição ao frio e gravidez, foram associados a um aumento da incidência da paralisia de Bell. O estresse, em particular, tem sido estudado como um gatilho significativo, com evidências sugerindo que eventos estressantes podem precipitar a reativação do vírus (Savadi-Oskouei et al., 2008; Shmorgun et al., 2002). A gravidade da paralisia de Bell em mulheres grávidas, especialmente durante o terceiro trimestre, também levanta questões sobre os efeitos hormonais e imunológicos da gestação sobre a suscetibilidade a infecções virais (Güneş et al., 2021).

O principal mecanismo subjacente à paralisia de Bell é a inflamação do nervo facial, que pode levar a edema e compressão ao passar pelo canal de Falópio. Essa compressão resulta em isquemia e perda temporária da função nervosa, manifestando-se em uma ampla gama de sintomas (Cawthorne, 1965; Sax & Rosenbaum, 2006). O nervo facial é responsável pela inervação dos músculos da expressão facial, além de influenciar glândulas salivares e lacrimais, bem como o músculo estapédio no ouvido médio. Essa diversidade funcional explica os variados sintomas que os pacientes podem apresentar, desde fraqueza muscular até alterações na percepção sensorial, como hiperacusia (Liston & Kleid, 1989; Mountain et al., 1994).

A presença de sintomas como dor retroauricular, hiperalgesia facial e a incapacidade de fechar o olho do lado afetado são frequentemente observadas nos pacientes (Adour et al., 1978; Riga et al., 2012). Esses sinais clínicos não apenas ajudam no diagnóstico, mas também refletem a gravidade da inflamação e o impacto que ela tem sobre a função nervosa.

O diagnóstico da paralisia de Bell é essencialmente clínico e baseia-se na exclusão de outras causas de paralisia facial, como AVC, infecções sistêmicas, doenças autoimunes e tumores (Jackson & von Doersten, 1999). O desafio do diagnóstico diferencial é significativo, uma vez que outras condições podem apresentar sintomas semelhantes. Exames de imagem, como a ressonância magnética (RM), podem ser indicados quando há

suspeita de etiologias alternativas, permitindo a visualização de possíveis lesões ou compressões que possam explicar a paralisia (Mutsch et al., 2004).

O tratamento da paralisia de Bell geralmente envolve a administração de corticosteroides, como a prednisona, que têm como objetivo reduzir a inflamação do nervo facial e minimizar o dano tecidual. A evidência sugere que o tratamento precoce, iniciado nas primeiras 72 horas após o aparecimento dos sintomas, melhora significativamente a recuperação (Güneş et al., 2021; Gupta et al., 2021). O uso de antivirais, como o aciclovir, permanece controverso e geralmente é reservado para casos associados ao herpes zoster, embora a sua eficácia em casos de paralisia de Bell isolada não esteja bem estabelecida (Baringer, 1996).

Além do tratamento medicamentoso, a fisioterapia pode desempenhar um papel importante na recuperação da função muscular e na prevenção de complicações, como contraturas faciais. O envolvimento em exercícios de reabilitação pode ser crucial para o restabelecimento da força muscular e da simetria facial (Kusabe et al., 2017). A maioria dos pacientes (70-80%) recupera completamente a função facial dentro de algumas semanas a meses, mas cerca de 15-30% podem apresentar sequelas, como sincinesias e fraqueza residual (Hilsinger et al., 1975; Peitersen, 1982).

2572

O prognóstico da paralisia de Bell varia. É menos favorável em pacientes com paralisia total, dor severa ou idade avançada (Murakami et al., 1996). Essa variabilidade no prognóstico pode ser explicada por fatores individuais, como a gravidade da inflamação e a rapidez do início do tratamento.

Recentemente, novas abordagens terapêuticas têm sido exploradas. A terapia com toxina botulínica para aliviar a sincinesia tem mostrado resultados promissores em alguns estudos, sugerindo que intervenções inovadoras podem melhorar a qualidade de vida dos pacientes (Kondo et al., 2014; Jeong et al., 2021). Além disso, a pesquisa sobre fatores neuroprotetores e imunomoduladores está em andamento, com o objetivo de otimizar o tratamento e melhorar os desfechos clínicos dos pacientes.

A inclusão de novas tecnologias, como estimulação elétrica e biofeedback, também está sendo investigada como uma forma de potencializar a recuperação funcional após episódios de paralisia de Bell. Essas inovações podem abrir novas possibilidades para pacientes que não respondem adequadamente ao tratamento convencional.

A paralisia de Bell, com sua complexidade multifatorial, continua a ser um tema relevante na medicina. A compreensão de sua patogênese, fatores de risco, diagnóstico e tratamento é crucial para melhorar os desfechos dos pacientes. Embora a maioria dos casos tenha um curso benéfico, as sequelas potenciais e a variabilidade no prognóstico ressaltam a necessidade de uma abordagem individualizada e de um manejo proativo. O futuro da pesquisa nessa área promete trazer novas esperanças para os pacientes afetados, através da exploração de intervenções inovadoras e da melhor compreensão das bases biológicas da paralisia de Bell.

CONCLUSÃO

A paralisia de Bell é uma condição relativamente comum, mas ainda apresenta desafios significativos no que diz respeito à sua etiologia e ao tratamento ideal. A natureza idiopática da condição, ou seja, a falta de uma causa definida em muitos casos, torna a compreensão de seus mecanismos subjacentes um campo de pesquisa importante e complexo. O diagnóstico precoce é fundamental, pois permite intervenções mais rápidas que podem influenciar positivamente a recuperação funcional dos pacientes. O uso de corticosteroides, em particular, tem mostrado ser uma abordagem eficaz para reduzir a inflamação do nervo facial, minimizando assim os danos e acelerando a recuperação.

No entanto, apesar do tratamento adequado, uma proporção significativa de pacientes pode experimentar sequelas permanentes, como fraqueza facial residual e sincinesias, que são movimentos involuntários associados à tentativa de controlar os músculos faciais. Essas sequelas não apenas afetam a aparência estética, mas também podem impactar a funcionalidade e a qualidade de vida dos pacientes, gerando efeitos psicológicos e sociais consideráveis. Portanto, é vital que as estratégias de manejo não se limitem apenas ao tratamento da condição aguda, mas também incluam suporte psicológico e fisioterapia para promover uma recuperação abrangente.

Além disso, a necessidade de pesquisas contínuas é evidente. Com o avanço dos estudos sobre a fisiopatologia da paralisia de Bell, espera-se que novas abordagens terapêuticas mais direcionadas e eficazes sejam desenvolvidas. Isso inclui a exploração de tratamentos que abordem não apenas a inflamação, mas também o papel de fatores virais e imunológicos que podem contribuir para a condição. Terapias inovadoras, como o uso de

agentes neuroprotetores, podem oferecer novas esperanças para os pacientes, promovendo uma recuperação mais completa e rápida.

A integração de novas tecnologias, como a estimulação elétrica e a terapia com toxina botulínica, também pode representar um avanço significativo no manejo da paralisia de Bell. Essas abordagens têm o potencial de melhorar a função muscular e reduzir as sequelas a longo prazo, proporcionando uma alternativa valiosa para os pacientes que não respondem bem às terapias tradicionais. Além disso, a colaboração multidisciplinar entre neurologistas, otorrinolaringologistas, fisioterapeutas e psicólogos é essencial para criar um plano de tratamento holístico que aborde todas as dimensões da condição.

Em resumo, a paralisia de Bell, embora comum, exige um enfoque cuidadoso e bem fundamentado para seu diagnóstico e tratamento. A pesquisa contínua e a inovação nas estratégias terapêuticas são cruciais para otimizar os resultados e melhorar a qualidade de vida dos pacientes afetados. Com um compromisso renovado para entender melhor essa condição e suas implicações, a expectativa é que, no futuro, mais indivíduos possam se recuperar completamente e levar vidas plenas após a experiência da paralisia de Bell.

REFERÊNCIAS

2574

1. ADOUR, K. K.; BELL, D. N.; HILSINGER, R. L. Jr. Herpes simplex virus in idiopathic facial paralysis (Bell palsy). *JAMA*, v. 233, p. 527, 1975.
2. ADOUR, K. K.; BYL, F. M.; HILSINGER, R. L. Jr. The true nature of Bell's palsy: analysis of 1,000 consecutive patients. *Laryngoscope*, v. 88, p. 787, 1978.
3. BARINGER, J. R. Herpes simplex virus and Bell palsy. *Ann Intern Med*, v. 124, p. 63, 1996.
4. BITSORI, M.; GALANAKIS, E.; PAPADAKIS, C. E.; SBYRAKIS, S. Facial nerve palsy associated with Rickettsia conorii infection. *Arch Dis Child*, v. 85, p. 54, 2001.
5. CAWTHORNE, T. Idiopathic facial palsy. *Arch Otolaryngol*, v. 4, p. 107, 1965.
6. COUCH, R. B. Nasal vaccination, Escherichia coli enterotoxin, and Bell's palsy. *N Engl J Med*, v. 350, p. 860, 2004.
7. DEVRIESE, P. P. Compression and ischaemia of the facial nerve. *Acta Otolaryngol*, v. 77, p. 108, 1974.
8. GÜNEŞ, B.; ARDIÇOĞLU AKIŞIN, N. Y.; AKAR, N. Influenza A (H1N1)-associated paediatric facial paralysis. *J Paediatr Child Health*, v. 57, p. 1348, 2021.

9. GUPTA, S.; JAWANDA, M. K.; TANEJA, N.; TANEJA, T. A systematic review of Bell's Palsy as the only major neurological manifestation in COVID-19 patients. *J Clin Neurosci*, v. 90, p. 284, 2021.
10. HILSINGER, R. L. Jr; ADOUR, K. K.; DOTY, H. E. Idiopathic facial paralysis, pregnancy, and the menstrual cycle. *Ann Otol Rhinol Laryngol*, v. 84, p. 433, 1975.
11. JACKSON, C. G.; VON DOERSTEN, P. G. The facial nerve. Current trends in diagnosis, treatment, and rehabilitation. *Med Clin North Am*, v. 83, p. 179, 1999.
12. JAMES, D. G. All that palsies is not Bell's. *J R Soc Med*, v. 89, p. 184, 1996.
13. JEONG, J.; YOON, S. R.; LIM, H. et al. Risk factors for Bell's palsy based on the Korean National Health Insurance Service National Sample Cohort data. *Sci Rep*, v. 11, p. 23387, 2021.
14. KANO, N.; NOMURA, J.; SATOMI, F. Nocturnal onset and development of Bell's palsy. *Laryngoscope*, v. 115, p. 99, 2005.
15. KENNEDY, P. G. Herpes simplex virus type 1 and Bell's palsy - a current assessment of the controversy. *J Neurovirol*, v. 16, p. 1, 2010.
16. KONDO, K.; KANAYA, K.; BABA, S.; YAMASOBA, T. Mumps, cervical zoster, and facial paralysis: coincidence or association? *Case Rep Otolaryngol*, v. 2014, p. 289687, 2014.
17. KUSABE, Y.; TAKESHIMA, A.; SEINO, A. et al. [An Adult Case of Enterovirus D68 Encephalomyelitis Presenting as Bilateral Facial Nerve Palsy and Dysphagia]. *Brain Nerve*, v. 69, p. 957, 2017.
18. LI, X.; RAVENTÓS, B.; ROEL, E. et al. Association between COVID-19 vaccination, SARS-CoV-2 infection, and risk of immune mediated neurological events: population based cohort and self-controlled case series analysis. *BMJ*, v. 376, e068373, 2022.
19. LISTON, S. L.; KLEID, M. S. Histopathology of Bell's palsy. *Laryngoscope*, v. 99, p. 23, 1989.
20. LINDER, T.; BOSSART, W.; BODMER, D. Bell's palsy and Herpes simplex virus: fact or mystery? *Otol Neurotol*, v. 26, p. 109, 2005.
21. MENDITTO, V. G.; GUERRIERI, G.; RICCOMI, F.; NOBILI, L. Facial palsy associated with Epstein-Barr infection in an adult patient: case report. *Intern Emerg Med*, v. 14, p. 479, 2019.
22. MOUNTAIN, R. E.; MURRAY, J. A.; QUABA, A.; MAYNARD, C. The Edinburgh facial palsy clinic: a review of three years' activity. *J R Coll Surg Edinb*, v. 39, p. 275, 1994.
23. MUTSCH, M.; ZHOU, W.; RHODES, P. et al. Use of the inactivated intranasal influenza vaccine and the risk of Bell's palsy in Switzerland. *N Engl J Med*, v. 350, p. 896, 2004.

24. PEITERSEN, E. The natural history of Bell's palsy. *Am J Otol*, v. 4, p. 107, 1982.
25. PEITERSEN, E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol Suppl*, v. 2002, p. 4.
26. RIGA, M.; KEFALIDIS, G.; DANIELIDES, V. The role of diabetes mellitus in the clinical presentation and prognosis of Bell palsy. *J Am Board Fam Med*, v. 25, p. 819, 2012.
27. SAVADI-OSKOU EI, D.; ABEDI, A.; SADEGHI-BAZARGANI, H. Independent role of hypertension in Bell's palsy: a case-control study. *Eur Neurol*, v. 60, p. 253, 2008.
28. SAX, T. W.; ROSENBAUM, R. B. Neuromuscular disorders in pregnancy. *Muscle Nerve*, v. 34, p. 559, 2006.
29. SCHIRM, J.; MULKENS, P. S. Bell's palsy and herpes simplex virus. *APMIS*, v. 105, p. 815, 1997.
30. SHMORGUN, D.; CHAN, W. S.; RAY, J. G. Association between Bell's palsy in pregnancy and pre-eclampsia. *QJM*, v. 95, p. 359, 2002.
31. UNLU, Z.; ASLAN, A.; OZBAKKALIOGLU, B. et al. Serologic examinations of hepatitis, cytomegalovirus, and rubella in patients with Bell's palsy. *Am J Phys Med Rehabil*, v. 82, p. 28, 2003.
32. ZHANG, W.; XU, L.; LUO, T. et al. The etiology of Bell's palsy: a review. *J Neurol*, v. 267, p. 1896, 2020.