

FONOTERAPIA NA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA: UMA ABORDAGEM MIOFUNCIONAL OROFACIAL

Speech therapy in peripheral facial palsy: an orofacial myofunctional approach

Artigo de Revisão

RESUMO

Objetivo: Delinear a contribuição da fonoterapia na reabilitação da paralisia facial periférica, descrevendo o papel da abordagem miofuncional orofacial neste processo. **Métodos:** Revisão de literatura de artigos publicados desde 1995, realizada no período de março a dezembro de 2008, tendo como base a caracterização da paralisia facial periférica e suas relações com os distúrbios fonoaudiológicos relacionados às desordens na mobilidade orofacial, na fala e na mastigação, dentre outros. A revisão priorizou os artigos de revistas científicas e capítulos específicos do período investigado. Como critério de inclusão, a literatura deveria conter dados sobre a paralisia facial periférica, citações sobre as alterações no sistema estomatognático e a abordagem miofuncional orofacial. Excluíram-se os trabalhos que abordassem paralisias centrais, congênicas e aquelas de causas não idiopáticas. **Resultados:** A literatura abordou a contribuição da fonoterapia na reabilitação da simetria facial, com melhora na retenção de líquidos e alimentos pastosos durante o processo de mastigação e deglutição. A abordagem miofuncional orofacial contextualizou o trabalho fonoaudiológico na melhora da coordenação fonoarticulatória e no ganho do controle oral durante a mastigação e deglutição. **Conclusão:** A fonoterapia na paralisia facial periférica contribuiu e delineou-se pela aplicação da abordagem miofuncional orofacial no restabelecimento da simetria facial, a partir do trabalho direcionado às funções do sistema estomatognático, incluindo exercícios orofaciais e treino da mastigação em associação com o treinamento da articulação. Há a necessidade de um maior número de publicações nesta área específica de atuação do profissional de fonoaudiologia

Descritores: Paralisia Facial; Fonoterapia; Reabilitação.

ABSTRACT

Objective: To delineate the contributions of speech therapy in the rehabilitation of peripheral facial palsy, describing the role of orofacial myofunctional approach in this process. **Methods:** A literature review of published articles since 1995, held from March to December 2008, based on the characterization of peripheral facial palsy and its relation with speech-language disorders related to orofacial disorders in mobility, speech and chewing, among others. The review prioritized scientific journal articles and specific chapters from the studied period. As inclusion criteria, the literature should contain data on peripheral facial palsy, quotes on the changes in the stomatognathic system and on orofacial myofunctional approach. We excluded studies that addressed central paralysis, congenital palsy and those of non idiopathic causes. **Results:** The literature has addressed the contribution of speech therapy in the rehabilitation of facial symmetry, with improvement in the retention of liquids and soft foods during chewing and swallowing. The orofacial myofunctional approach contextualized the role of speech therapy in the improvement of the coordination of speech articulation and in the gain of oral control during chewing and swallowing. **Conclusion:** Speech therapy in peripheral facial palsy contributed and was outlined by applying the orofacial myofunctional approach in the reestablishment of facial symmetry, from the work directed to the functions of the stomatognathic system, including orofacial exercises and training of chewing in association with the training of the joint. There is a need for a greater number of publications in this specific area for speech therapy professional.

Descriptors: Facial Paralysis; Speech Therapy; Rehabilitation.

Hipólito Virgílio Magalhães
Júnior⁽¹⁾

1) Universidade de Fortaleza – (UNIFOR)
– Fortaleza - CE – Brasil

Recebido em: 04/12/2008
Revisado em: 13/05/2009
Aceito em: 29/06/2009

INTRODUÇÃO

A paralisia facial periférica constitui uma das patologias que alteram alguns dos movimentos faciais, com comprometimentos que vão para além das alterações articulatórias, estéticas e funcionais necessárias durante a alimentação^(1,2).

Como a estética facial influi na maneira do sujeito se alimentar e se comunicar⁽¹⁻³⁾, estas ações podem impactar diretamente nos padrões culturais deste em relação aos outros pares de seu meio. As alterações na musculatura facial que fazem parte do sistema estomatognático, provocadas pela paralisia facial, justificam a necessidade de estudos mais aprofundados que possam trazer maiores ganhos na qualidade de vida aos sujeitos acometidos pela paralisia facial periférica (PFP) através da busca de medidas mais eficazes e complementares aos atendimentos já realizados a esta patologia.

Descrever a contribuição da fonoaudiologia na atuação da PFP tem sua relevância pela necessidade de se esclarecer, juntamente com os demais profissionais envolvidos, a importância deste tipo de atendimento para a reestruturação do equilíbrio miofuncional orofacial, favorável à articulação, controle oral da deglutição e participação da musculatura facial envolvida no processo mastigatório.

O presente artigo tem por propósito, a partir de um estudo documental delinear, o atendimento fonoaudiológico em sua constituição como mais um recurso terapêutico no ganho das funções orais do sistema estomatognático.

PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA

A paralisia facial periférica (PFP) caracteriza-se pela diminuição ou interrupção, temporária ou não, da função do nervo facial, que compromete o movimento de face uni ou bilateral, relacionada ao acometimento do sétimo nervo craniano (VII), de forma aguda, em qualquer ponto do seu trajeto^(1,2).

O nervo facial apresenta função mista, com predomínio da função motora. A função sensitiva é formada por prolongamentos das células do gânglio geniculado, que originam os ramos responsáveis pela sensibilidade gustativa dos dois terços anteriores da língua, sensibilidade da concha do pavilhão auricular, do palato mole e enviam fibras parassimpáticas que respondem pela secreção das glândulas submandibulares, sublinguais, nasais, lacrimais e parótidas⁽³⁾.

A função motora é responsável pela inervação da musculatura da mímica facial, pavilhão auditivo, músculo bucinador, platisma, orbicular dos lábios e dos olhos, estilohióideo, ventre posterior do digástrico, couro cabeludo e músculo estapédio⁽³⁾.

Com relação às manifestações, pode-se identificar a presença de assimetria facial, exceto na disfunção leve (grau II), desvio da rima bucal para o lado não lesado, apagamento do sulco naso-geniano e das rugas, no lado lesado, com piscar de um olho lento, diminuído e/ou incompleto, em relação ao outro olho são. O sujeito não consegue inflar as bochechas e manter o ar intraoral devido ao escape pela rima paralisada. Dependendo da textura do alimento, pode apresentar escoamento deste pela comissura labial afetada. Pode haver presença de desordem na secreção salivar e lacrimal, dor facial e parestesias na metade da face e pescoço afetados^(3,4).

Com relação à fala, a paralisia unilateral dos músculos da expressão facial pode favorecer as distorções na produção dos fones labiais e labiodentais, com dificuldades em manter os lábios fechados para favorecer o jogo pressórico intraoral, seja para emitir plosivas bilabiais ou no direcionamento do fluxo aéreo nas fricativas labiodentais. Em outras palavras, este desequilíbrio observado pelas dificuldades em sorrir e inflar a bochecha no lado paralisado é que comprometem a articulação precisa e fácil^(3,5,6).

Dentre as causas deste tipo de lesão está o trauma de face, a infecção viral ou bacteriana do nervo facial, otites médias e a causa idiopática em, aproximadamente, 50% dos casos⁽⁷⁾.

A ocorrência da PFP idiopática, também denominada de paralisia de Bell, está associada à inflamação do VII nervo craniano, que provoca todos os sintomas da paralisia facial.

Valença, Valença e Lima⁽¹⁾ demonstram que a PFP idiopática pode provocar sequelas importantes em mais de 20% dos pacientes, com prevalência no sexo feminino. Isso contradiz que a paralisia de Bell é uma afecção benigna. Eles afirmam, diante dos 180 pacientes que fizeram parte do estudo, que aproximadamente um terço destes evoluíram com sequelas estéticas ou funcionais como incompetência oral, contraturas, epífora (alteração na drenagem lacrimal), obstrução nasal, disgeusia (distorção no gosto), disestesias (transtorno na sensibilidade geral), sincinesias e espasmo hemifacial.

Ogniben e Sant'Ana⁽⁴⁾ descrevem, no relato de caso, que sua paciente, acometida por PFP idiopática, apresentava, no início do atendimento, as seguintes manifestações: hemiface direita edemaciada, impossibilidade para fechar o olho e a boca, com presença de lacrimejamento contínuo, boca seca, dificuldade em se alimentar e alteração na sensibilidade gustativa.

Pressupõe-se, pela avaliação destes achados, que o distúrbio na alimentação pode ser decorrente dos distúrbios gustativo e motor orofacial, e, associado à xerostomia,

podem alterar a sensibilidade proprioceptiva intraoral e o sistema mastigatório durante a fase oral da deglutição.

Apesar de a mastigação não ser de responsabilidade da inervação do VII par craniano, o comprometimento na fase oral da deglutição pode ter relação com as alterações miofuncionais orofaciais que alteram o sistema mastigatório. Ou seja, na PFP, durante o preparo do bolo alimentar, o vedamento labial, organização e coordenação com a mastigação podem estar diretamente relacionados com as alterações nos movimentos do lado afetado. As dificuldades na contenção do alimento para ser trabalhado pela musculatura mastigatória prejudicam o ato mastigatório; é como se a musculatura negasse sua colaboração nesta função, o que pode gerar escape do alimento no lado paralisado da rima bucal⁽⁸⁾.

Por esse motivo, o trabalho com a função mastigatória, na clínica fonoaudiológica, é indicado para além dos músculos mastigatórios, uma vez que a musculatura facial contribui para a alternância do lado da mastigação e eficiência nas diversas texturas dos alimentos⁽⁹⁾.

O tratamento da paralisia facial periférica engloba a atuação de diversos profissionais da saúde, cujo objetivo comum deve ser a recuperação clínica mais rápida, com menor sequela possível na motricidade da musculatura da face, com vistas a evitar ou minimizar os transtornos nos aspectos emocionais e sociais envolvidos.

O tratamento requer a atuação de alguns profissionais para a análise das possíveis causas, prescrição medicamentosa, diagnóstico e reabilitação para retorno da simetria facial, quando viável. Dentre estes, o fonoaudiólogo tem como objetivo restabelecer e prevenir alterações na mastigação, deglutição, fala e mímica facial do indivíduo^(3,10).

Vale ressaltar que o prognóstico de cada caso vai depender da época da intervenção integrada, do tipo e extensão da lesão, das intervenções prévias e da cooperação do sujeito.

REABILITAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

O trabalho miofuncional orofacial tem demonstrado eficácia, já na fase flácida, antes da reinervação neural, por auxiliar a recuperação funcional final. Os estímulos realizados nos sujeitos acometidos pela PFP, antes de se chegar aos primeiros trinta dias após o quadro de paralisia instalado, dão melhores resultados do que após o período descrito⁽¹¹⁾.

Com a intervenção fonoaudiológica o retorno dos movimentos dos músculos responsáveis pela mímica facial melhora a coordenação fonoarticulatória, deglutição e mastigação nos sujeitos que possam manifestar distúrbios

na comunicação oral e deglutição em decorrência da paralisia facial periférica⁽¹²⁾.

A reabilitação parte de uma abordagem mioerápica associada com sensibilidade proprioceptiva e exteroceptiva à contração da musculatura paralisada. Os exercícios utilizados favorecem o aumento da tonicidade da musculatura relaxada, o aquecimento e o aporte sanguíneo da região. Na fase flácida, são utilizados os exercícios isométricos pela contração dos músculos em ambos os lados da face, associados com massagens indutoras, no lado paralisado⁽⁸⁾.

A estimulação dos pontos motores da face ocasiona a diminuição da contratura da musculatura orofacial, melhorando a circulação sanguínea e a oxigenação dos tecidos. O estímulo da musculatura orofacial envolve alongamentos ativos e passivos, que aumentam a sensopercepção de cada músculo envolvido, modificando o tônus muscular e buscando equilíbrio miofuncional orofacial⁽⁸⁾.

A utilização do gelo, no lado paralisado, objetiva, via arco reflexo de propriocepção e exterocepção, a contração da musculatura paralisada. O frio é percebido pelas fibras aferentes somáticas gerais do nervo trigêmeo que tem conexão em seu núcleo sensitivo com o núcleo motor do facial, o que ocasiona a contratura da musculatura da face por estímulo das fibras eferentes especiais do nervo facial⁽¹²⁾.

Na fase flácida, o tempo de evolução da paralisia facial é importante para o prognóstico, por isso que a intervenção fonoaudiológica deve acontecer o quanto antes, considerando-se o tipo de lesão, tempo da musculatura sem inervação, o grau de reinervação e atrofia da musculatura, e o tipo de conexões motoras e sensitivas⁽⁸⁾.

Na fase de recuperação do movimento, os músculos começam a esboçar alguns movimentos; nesse momento o fonoaudiólogo precisa passar a solicitar a realização de exercícios isotônicos para o trabalho da mobilidade muscular sem uso de massagens indutoras⁽⁸⁾.

O uso do espelho associado ao trabalho neuromuscular favorece o *feedback* visual para controle do movimento nas duas fases citadas anteriormente. Assim como o espelho, o *biofeedback* eletromiográfico tem sido utilizado como recurso para o *feedback* visual e/ou auditivo⁽¹³⁾.

Denomina-se *biofeedback* por ser um processo de aprendizagem em que o sujeito é estimulado a promover sua performance pela visualização e/ou escuta dos sinais vindos do monitor⁽¹³⁾.

Este recurso pode trazer benefícios ao produzir exercícios miofuncionais de melhor qualidade com menos probabilidade de surgirem as sincinesias e mais chances de recuperação dos movimentos, isto porque treina o sujeito a analisar seu desempenho na realização do movimento⁽¹⁴⁾.

Em relação à alimentação do paciente com paralisia facial periférica, o objetivo é restabelecer a identidade intraoral. O trabalho nas funções do sistema estomatognático visa melhorar a mastigação, o vedamento labial e a limpeza do vestibulo, utilizando a língua como recurso.

Sem o devido acompanhamento fonoaudiológico, a recuperação funcional da musculatura facial paralisada acontece com resultados miofuncionais parciais. Ou seja, as modificações na fisionomia se mostram permanentes, configurando as sequelas, como presença de contratura ou rigidez na hemiface comprometida e sincinesias ou movimentos involuntários que aparecem associados aos movimentos voluntários da musculatura independente⁽¹⁵⁾; isto durante a alimentação, comunicação e movimentos orofaciais espontâneos.

Nesses casos o treinamento neuromuscular, além da orientação ao cliente, abrange a melhora da função com diminuição da contratura e das sincinesias por meio de exercícios miofuncionais orofaciais isotônicos, estratégias de relaxamento e alongamento associadas à dissociação dos movimentos e uso de termoterapia sobre a forma de calor úmido durante 5 minutos⁽¹⁵⁾.

O acompanhamento fonoaudiológico bem sucedido pode contribuir no restabelecimento da simetria facial em repouso, no controle do fechamento ocular, na retenção de alimentos e líquidos e melhora na expressividade da face⁽¹⁵⁾.

A descrição do processo terapêutico do fonoaudiólogo junto à equipe interdisciplinar relevou a abordagem miofuncional orofacial para promoção das funções orais e de comunicação oral no sujeito portador de paralisia facial periférica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento fonoaudiológico vem contribuir para a valorização do sujeito portador de PFP ao relevar suas capacidades a partir da identificação das dificuldades na comunicação oral e na alimentação.

A literatura descreve a contribuição do atendimento, os tipos de exercícios abordados dentro da abordagem miofuncional orofacial, a melhora na retenção oral dos alimentos líquidos e pastosos, o ganho na musculatura envolvida no processo mastigatório e as compensações com a expressividade da face durante a comunicação.

O fonoaudiólogo vem, juntamente com os demais profissionais, propiciar à equipe a conscientização das possibilidades que o conhecimento fonoaudiológico pode corroborar em relação à reabilitação neuromuscular orofacial, considerando os sistemas motor de fala e da mastigação dentro do sistema estomatognático na configuração de sua atuação na paralisia facial.

O atendimento fonoaudiológico nos quadros de paralisia facial configura-se como mais uma proposta de atuação a ser inserida em muitos serviços, dentro da equipe de profissionais, por sua relevância que começa a esboçar procedimentos eficientes, como se pode observar na revisão de literatura. As publicações têm aumentado, nacionalmente, nesta última década.

A atuação da fonoaudiologia contribui na reestruturação das alterações que afetam diretamente a motricidade orofacial e sua relação com as funções comunicativas, da mastigação e da deglutição. A avaliação fonoaudiológica, portanto, faz-se necessária na realização da avaliação e planejamento terapêutico em associação com outros atendimentos necessários.

Com o delineamento da importância do papel do fonoaudiólogo na atuação na paralisia facial, torna-se possível formar, desde o diagnóstico até o atendimento, a identidade da intervenção fonoaudiológica dentro de uma abordagem miofuncional orofacial que se configura em uma *práxis* singular para a população acometida pela PFP.

REFERÊNCIAS

1. Valença MM, Valença LPAA, Lima MCM. Paralisia facial periférica idiopática de Bell. Arq Neuro-Psiquiatr. 2001;59(3B):1-9.
2. Freitas KCS, Gomez MVG. Grau de percepção e incômodo quanto à condição facial em indivíduos com paralisia facial periférica na fase de sequelas. Rev Soc Brás Fonoaudiol. 2008;13(2):113-8.
4. Dib GC, Kosugi EM, Antunes ML. Paralisia facial periférica. Rev Bras Med. 2004; 61(3):110-7.
4. Ognibeni LCR, Sant'Ana DMG. Intervenção fisioterapêutica em paciente portadora de paralisia facial idiopática no município de Umuarama: relato de caso. Arq Ciênc Saúde Unipar. 2003;7(1):69-75.
5. Linhares CAC. Princípios e aplicações da cinesioterapia no tratamento da paralisia facial periférica. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 1997.
6. Soares ACC, Silva LR, Bertolini SMMG. Atuação da fisioterapia na paralisia facial periférica: relato de caso. Arq Ciênc Saúde. 2002;6(3):171-6.
7. Vasconcelos BEC, Silva EDO, Dantas WRM, Barros ES, Monteiro GQM. Paralisia facial periférica traumática. Rev Cir Traumat Bucó-Maxilo-Facial. 2001;1(2):13-20.
8. Tessitore A. Abordagem mioterápica com estimulação de pontos motores da face. In: Marchesan IQ. Tópicos em fonoaudiologia. São Paulo: Louise; 1995. p. 75-82.

9. Terra V. Mastigação: abordagens terapêuticas. In: Comitê de Motricidade Orofacial. Motricidade orofacial: como atuam os especialistas. São José dos Campos: Pulso; 2004. p.47-55.
10. Garanbani MR, Rosa JC, Capelli AM de G, Ribeiro C. Fisioterapia na paralisia facial periférica: estudo retrospectivo. Rev Bras Otorrinolaringol. 2007;73(1):112-5.
11. Bernardes DFF, Gomez MVSG, Pirana S, Bento R.F. Functional profile in patients with facial paralysis treated in a myofunctional approach. Pró-Fono. 2004;16(2):151-8.
12. Fouquet ML, Serrano DMS, Abbud IE. Reabilitação fonoaudiológica na paralisia facial periférica: fases flácida e de recuperação de movimento. In: Lazarini PR, Fouquet ML. Paralisia facial: avaliação, tratamento e reabilitação. São Paulo: Lovise; 2006.
13. Cury RWI, Fouquet ML, Lazarini PR. Reabilitação da paralisia facial periférica por biofeedback eletroneuromiográfico. In: Lazarini PR, Fouquet ML. Paralisia facial: avaliação, tratamento e reabilitação. São Paulo: Lovise, 2006.
14. Tofolla ED, Bossi D, Buonocore M, Montomoli C, Petrucci L, Alfonsi E. Usefulness of BFB/EMG in facial palsy rehabilitation. Disability and Rehabilitation. 2005; 27(14):809-15.
15. Gomez MVSG. Reabilitação fonoaudiológica na paralisia facial periférica após reinervação: fase de seqüelas. In: Lazarini PR, Fouquet ML. Paralisia facial: avaliação, tratamento e reabilitação. São Paulo: Lovise; 2006.

Endereço para correspondência:

Hipólito Virgílio Magalhães Júnior
Universidade de Fortaleza – Curso de Fonoaudiologia
Av. Washington Soares, 1321
Bairro Edson Queiroz
CEP: 60811 – 905 – Fortaleza - CE – Brasil
E-mail: hipolitomagalhaes@unifor.br