

Tipo de terapêutica e fatores de prognóstico na paralisia de Bell: estudo retrospectivo de cinco anos em um hospital português

Therapeutic approach and prognostic factors in Bell's palsy: retrospective study of five years in a Portuguese hospital

Lília Andreia Mendes Ferraria¹✉, Maria Inês de Almeida Pinto da Silva², Maria Helena Carneirinho Rosa¹, Luís Alberto Carvalho Jerónimo Antunes¹

¹ Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal.

² Centro Hospitalar Lisboa Central, Lisboa, Portugal.

RESUMO

Objetivos: Comparar as abordagens terapêuticas na paralisia de Bell (corticoterapia *versus* corticoterapia mais terapia antiviral, assim como tratamento fisioterápico) e investigar potenciais fatores relacionados com sua evolução clínica e prognóstico.

Métodos: Estudo retrospectivo dos casos de paralisia de Bell atendidos no Hospital Garcia de Orta, em Almada, Portugal, entre 2009 e 2013 (cinco anos). Avaliou-se a gravidade da disfunção inicial da paralisia pela escala de House-Brackmann. A avaliação das abordagens terapêuticas e dos fatores de prognóstico foi realizada com base na taxa e tempo de recuperação, sendo a recuperação considerada total quando o grau de House-Brackmann foi I após a terapêutica. Diabetes *mellitus* e gravidez e/ou puerpério foram avaliados também como fatores de risco para recorrência. Foram utilizados testes não paramétricos, com nível de significância $p < 0,05$.

Resultados: Registraram-se 180 casos de paralisia de Bell no período do estudo, correspondendo a uma incidência média de 36 casos/ano. A principal terapêutica utilizada foi a combinação entre corticosteroide e antiviral, em 67,2% dos casos. A taxa de recuperação total com uso dessa combinação foi de 65,5% (57 de 87 doentes) versus 72,4% (21 de 29 pacientes) com corticoterapia isolada. Relativamente ao tempo de recuperação, 72,4% (63 de 87 doentes) recuperaram em três meses com o uso da combinação versus 75,8% (22 de 29 doentes) com corticoterapia isolada. Não se verificou, portanto, associação estatisticamente significativa entre o tipo de terapêutica tanto relativamente à taxa ($p=0,689$) como relativamente ao tempo de recuperação ($p=0,977$). A presença de otalgia e/ou disgeusia foi o único fator estatisticamente relacionado com a evolução clínica, associando-se a uma menor taxa (51,2% versus 74,4%) ($p=0,004$) e a um maior tempo de recuperação (60,5% versus 79,2% de taxa de recuperação aos três meses) ($p=0,011$). Verificou-se associação estatisticamente significativa do tratamento fisioterápico com maior taxa de recuperação ($p=0,049$). Em 24,1% (sete de 29) dos doentes com diabetes *mellitus* houve recorrência da paralisia, contrastando com apenas 6,0% (nove de 51) de recorrência em doentes sem diabetes *mellitus* ($p=0,006$).

Conclusões: Não houve diferença significativa na taxa de recuperação ou no tempo de recuperação da paralisia de Bell entre os casos que receberam terapêutica com corticosteroide e antiviral ou corticoterapia isolada. O tratamento fisioterápico associou-se à maior taxa de recuperação. Dos fatores de prognóstico estudados, apenas a queixa de otalgia e/ou disgeusia foi significativa, constituindo fator de mau prognóstico na paralisia de Bell. A presença de diabetes *mellitus* revelou-se fator de risco para recorrência da paralisia.

DESCRITORES: paralisia de Bell; corticosteroides; antivirais; prognóstico.

ABSTRACT

Aims: To compare therapeutic approaches (corticosteroids vs. corticosteroids + antivirals, as well as physical therapy) in patients with Bell's palsy and to investigate potential factors related to its clinical course and prognosis.

Methods: Retrospective study of clinical cases of Bell's palsy treated at Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal, between 2009 and 2013 (five years). The severity of the initial dysfunction caused by the palsy was assessed using the House-Brackmann scale. Therapeutic approaches and prognostic factors were evaluated based on the rate and time of recovery, and full recovery occurred when a House-Brackmann grade I was observed after therapy. Diabetes mellitus and pregnancy and/or the postpartum period were also evaluated as risk factors for recurrence. Non-parametric tests were used and the significance level was set as $p < 0.05$.

Results: One hundred and eighty cases of Bell's palsy were recorded throughout the study period, corresponding to an average incidence of 36 cases/year. The main therapeutic approach consisted of the combination of corticosteroids and antivirals in 67.2% of the cases. The full recovery rate with the combination therapy was 65.5% (57 out of 87 patients) vs. 72.4% (21 out of 29 patients) in corticosteroid therapy alone. As to recovery time, 72.4% (63 out of 87 patients) recovered in 3 months with the use of the combination therapy vs. 75.8% (22 out of 29 patients) in those treated with corticosteroids alone. Therefore, no statistical significance between the type of therapy used and recovery rate ($p=0.689$) or recovery time ($p=0.977$). Only otalgia and/or dysgeusia was/were statistically associated with the clinical course, showing a lower recovery rate (51.2% vs. 74.4%) ($p=0.004$) and longer recovery time (60.5% vs. 79.2% at 3 months) ($p=0.011$). There was a statistically significant association of physical therapy with higher recovery rate ($p=0.049$). Palsy recurred in 24.1% of the patients with diabetes (7 out of 29) compared with only 6.0% (9 out of 51) among non-diabetic patients ($p=0.006$).

Conclusions: No significant difference was observed in recovery rate or recovery time among the cases treated with the combined therapy and those treated with corticosteroids alone. Physical therapy was associated with a higher recovery rate. Among the prognostic factors, only otalgia and/or dysgeusia was/were statistically significant, indicating a poor prognosis of Bell's palsy. The presence of diabetes mellitus proved to be a risk factor for recurrence.

KEY WORDS: Bell palsy; adrenal cortex hormones; antiviral agents; prognosis.

Recebido: julho, 2015

Aceito: janeiro, 2016

✉ Correspondência: liliaferraria@gmail.com



Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada. http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR

INTRODUÇÃO

Sir Charles Bell, no século XIX, foi o primeiro a descrever a anatomia e a função do nervo facial, dando origem à designação de paralisia de Bell, definida por uma disfunção idiopática do VII par craniano, de instalação aguda, resultando em paralisia completa ou parcial da mímica facial [1]. A paralisia pode ser precedida por otalgia intensa e associar-se a distúrbios do paladar (disgeusia), salivação e lacrimejamento, além de hiperacusia. Os primeiros sinais clínicos são mais frequentemente detectados ao acordar [2]. A paralisia de Bell constitui a causa mais frequente de paralisia facial, com uma incidência estimada entre 20 e 30 casos por 100 mil habitantes, com prevalência ligeiramente superior no sexo feminino. É rara antes dos 10 anos de idade e a sua incidência é bimodal, com picos na terceira e oitava décadas de vida. Como fatores de risco para a paralisia de Bell têm sido relatados hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, gravidez, puerpério e infecção pelo vírus herpes tipo 1. Frequentemente autolimitada, pode causar temporariamente dificuldade na mastigação e no fechamento da pálpebra do lado afetado, o que pode resultar em lesão de córnea pelo ressecamento do olho [3].

Na maioria dos casos o curso natural da paralisia de Bell é favorável. No entanto, aproximadamente 30% dos doentes sofrem algumas sequelas e 4% terão sequelas graves, como sincinésias (movimentos involuntários que acompanham movimentos desejados) [4]. A terapêutica instituída tem como finalidade melhorar a função da mímica facial e facilitar a recuperação, prevenindo as sequelas. Múltiplos artigos têm sido publicados sobre a terapêutica e fatores de prognóstico

da paralisia de Bell, contudo esses aspectos ainda se mantêm controversos.

Este estudo teve como objetivo caracterizar, epidemiológica e clinicamente, a população de doentes com paralisia de Bell atendidos no serviço de urgência de otorrinolaringologia do Hospital Garcia de Orta, localizado em Almada, Portugal. Pretende-se comparar as abordagens terapêuticas na paralisia de Bell (corticoterapia isolada *versus* corticosteroide e antiviral) quanto à taxa e ao tempo de recuperação, levando em conta a gravidade da disfunção inicial. Pretendeu-se ainda identificar potenciais fatores de prognóstico e de recorrência da paralisia de Bell.

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão retrospectiva de todos os prontuários clínicos de pacientes admitidos no serviço de urgência de otorrinolaringologia durante o período de janeiro de 2009 a dezembro de 2013 (cinco anos), com o diagnóstico de paralisia de Bell. Foram incluídos todos os pacientes com história compatível com paralisia facial periférica de origem idiopática. O estudo teve aprovação da Comissão de Ética do Hospital Garcia de Orta E. P. E. (nº 07/2015).

Foi feita uma caracterização epidemiológica com base na idade, sexo e sazonalidade. Clinicamente, foram avaliadas as seguintes variáveis: antecedentes pessoais; hemiface afetada; sintomatologia concomitante; gravidade da paralisia segundo a escala de House-Brackmann [5], que considera os casos de maior gravidade os que apresentam uma disfunção inicial de grau \geq VI e normal um grau igual a I (**Quadro 1**); abordagem terapêutica utilizada (de

Quadro 1. Avaliação do grau de paralisia facial segundo escala de House-Brackmann [5].

| Grau | Descrição | Características | | |
|------|--------------------------------|--|--------------------------|---|
| | | Geral | No repouso | Ao movimento |
| I | Normal | Função facial normal em todas as áreas | | |
| II | Disfunção leve | Leve fraqueza notável apenas à inspeção próxima; pode haver sincinesia muito discreta. | Simetria e tônus normais | TESTA: função boa a moderada OLHO: fechamento completo com mínimo esforço BOCA: leve assimetria |
| III | Disfunção moderada | Diferença óbvia, mas não desfigurante, entre os dois lados; sincinesia e/ou espasmo hemifacial notáveis, mas não severos | Simetria e tônus normais | TESTA: movimento moderado a leve OLHO: fechamento completo com esforço BOCA: levemente fraca com o máximo esforço |
| IV | Disfunção moderadamente severa | Fraqueza óbvia e/ou assimetria desfigurante | Simetria e tônus normais | TESTA: nenhum movimento OLHO: fechamento incompleto BOCA: assimetria com o máximo esforço |
| V | Disfunção severa | Apenas uma movimentação discretamente perceptível | Assimetria | TESTA: nenhum movimento OLHO: fechamento incompleto BOCA: movimento discreto |
| VI | Paralisia total | Nenhum movimento | | |

acordo com o critério clínico do médico assistente): corticoterapia isolada, antiviral isolado, corticoterapia e antiviral, tratamento fisioterápico; tempo de início do tratamento em relação com o início dos sintomas; tempo de recuperação; presença de recuperação, sendo a recuperação considerada total quando o grau de House-Brackmann era igual a I após a terapêutica. A avaliação do grau de paralisia facial segundo a escala de House-Brackmann é feita por rotina em todos os casos, como prática do serviço de Otorrinolaringologia. Não houve nenhum critério de exclusão relativamente ao tempo de início do tratamento medicamentoso ou fisioterápico.

Consideraram-se os seguintes fatores de prognóstico relativamente à taxa e tempo de recuperação: sexo, gravidade da paralisia, recidiva dos episódios, presença ou não de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, queixa de otalgia e/ou disgeusia e tipo de terapêutica utilizada. Gravidez e/ou puerpério e presença de diabetes *mellitus* foram avaliados como possíveis fatores de recorrência da doença.

Os dados quantitativos foram descritos através da média e desvio padrão, e os dados categóricos por frequências e percentagens. Realizaram-se análises bivariadas entre os fatores de prognóstico e o tempo e taxa de recuperação e entre os fatores de recorrência e a recorrência da paralisia de Bell, utilizando testes não paramétricos – teste exato de Fisher e qui quadrado de Pearson – com um nível de significância de $p < 0,05$. A análise estatística foi realizada no programa IBM SPSS versão 20.0.

RESULTADOS

Registraram-se 180 casos de paralisia de Bell nos cinco anos entre 2009 e 2013 no Hospital Garcia de Orta, o que corresponde a uma incidência média de 36 casos/ano. A média de idade dos pacientes foi de 48,719,6 anos (variação de 11 a 91 anos) e houve um discreto predomínio de pacientes do sexo feminino (56,7%). A incidência máxima ocorreu entre os 21 e os 40 anos (33,9% dos casos), encontrando-se uma menor incidência nos dois extremos de idade (**Tabela 1**).

Os antecedentes pessoais mais frequentemente encontrados foram distúrbios cardiovasculares, com predomínio da hipertensão arterial sistêmica (31,1%), seguidos de diabetes *mellitus* (16%) e dislipidemia (15%), sendo que 2,8% dos pacientes da amostra eram mulheres grávidas ou no puerpério (**Tabela 1**).

Clinicamente, a maioria dos pacientes apresentava disfunção inicial de gravidade moderada a severa (51,0%), não se verificando predomínio da hemiface

Tabela 1. Caracterização epidemiológica e clínica da população do estudo, constituída por 180 pacientes, observados no serviço de urgência de Otorrinolaringologia do Hospital Garcia de Orta, em Almada, Portugal, no período 2009-2013.

| Características | n* | % |
|--|-----|------|
| Sexo (n=180) | | |
| Feminino | 102 | 56,7 |
| Idade (n=180) | | |
| 0-20 anos | 11 | 6,1 |
| 21-40 anos | 61 | 33,9 |
| 41-60 anos | 52 | 28,9 |
| 61-80 anos | 48 | 26,7 |
| 81-100 anos | 8 | 4,4 |
| Sazonalidade (n=180) | | |
| Primavera | 43 | 23,9 |
| Verão | 36 | 20 |
| Outono | 41 | 22,7 |
| Inverno | 60 | 33,3 |
| Hemiface afetada (n=180) | | |
| Esquerda | 91 | 50,6 |
| Período do dia dos 1 ^{os} sinais de paralisia (n=180) | | |
| Ao acordar | 42 | 23,3 |
| Outros | 138 | 76,7 |
| Gravidade da paralisia segundo escala de House-Brackmann (n=159) † | | |
| Disfunção ligeira - Grau II | 17 | 10,7 |
| Disfunção moderada - Grau III | 46 | 28,9 |
| Disfunção moderada a severa - Grau IV | 81 | 51,0 |
| Disfunção severa - Grau V | 15 | 9,4 |
| Antecedentes pessoais (n=180) | | |
| Sem antecedentes | 90 | 41 |
| Doenças cardiovasculares | 112 | 51 |
| Doenças auto-imunes | 8 | 4 |
| Doenças oncológicas | 4 | 2 |
| Doenças atópicas | 3 | 1 |
| Doenças infetocontagiosas | 2 | 1 |
| Sintomatologia acompanhante (n=166) † | | |
| Sem sintomatologia acompanhante | 116 | 69,9 |
| Otalgia+disgeusia | 22 | 13,3 |
| Disgeusia | 17 | 10,2 |
| Otalgia | 11 | 6,6 |
| Recorrência da paralisia (n=180) | | |
| Sim | 16 | 8,9 |
| Abordagem terapêutica farmacológica (n=177) † | | |
| Corticoterapia+valaciclovir | 111 | 62,7 |
| Corticoterapia+aciclovir | 8 | 4,5 |
| Corticoterapia | 48 | 27,1 |
| Valaciclovir | 3 | 1,7 |
| Sem terapêutica | 7 | 4,0 |
| Abordagem terapêutica - fisioterapia (n=156) † | | |
| Com acompanhamento | 120 | 76,9 |
| Taxa de recuperação (n=177) † | | |
| Recuperação total | 83 | 46,9 |
| Recuperação parcial | 39 | 22,0 |
| Não | 3 | 1,7 |
| Desconhecida | 52 | 29,4 |
| Tempo de recuperação (n=125) † | | |
| ≤15 dias | 4 | 3,2 |
| 15-30 dias | 47 | 37,6 |
| 30-90 dias | 40 | 32,0 |
| 90-180 dias | 13 | 10,4 |
| ≥180 dias | 18 | 14,4 |
| Sem recuperação | 3 | 2,4 |

* Vários pacientes apresentavam mais do que um antecedente pessoal.
† n diferente de 180 por ausência de dados em alguns prontuários.

afetada. A recorrência da paralisia facial foi registada em 8,9% dos pacientes, sendo que esta afetou mais frequentemente a hemiface contralateral à afetada primariamente (**Tabela 1**).

Foi apenas possível avaliar a abordagem terapêutica em 177 pacientes, pois em três deles não constava o tipo de terapêutica no prontuário. A principal abordagem terapêutica utilizada foi a associação entre corticosteroide e antiviral, em 119 (67,2%) casos, enquanto 48 pacientes (27,1%) receberam apenas corticoterapia. O tempo médio de início do tratamento em relação ao início dos sintomas foi de 1,27 dias, não havendo diferença entre o tempo de início do tratamento nas diferentes abordagens terapêuticas utilizadas. A maioria dos pacientes (76,9%) foi orientada para tratamento fisioterápico com um tempo médio de início de 6,38 dias em relação ao início dos sintomas. Houve recuperação em 68,9% dos pacientes (total em 46,9%, parcial em 22,0%). A recuperação foi mais frequentemente atingida entre os 15-30 dias após o início do quadro, mas em 180 dias

a taxa de recuperação atingiu os 83,2%. Essa taxa foi independente do grau de disfunção inicial da paralisia (**Tabela 1**).

Para avaliar os fatores de prognóstico foram somados os casos em que havia otalgia e/ou disgeusia. Apenas a presença de otalgia e/ou disgeusia esteve estatisticamente associada à evolução clínica, com menor taxa e maior tempo de recuperação aos três meses, constituindo um fator de mau prognóstico. Não se verificou, nesta amostra, associação entre a presença de diabetes *mellitus*, hipertensão, dislipidemia e gravidez e o nível de recuperação da doença (**Tabelas 2 e 3**).

Relativamente à terapêutica, não se encontrou diferença estatisticamente significativa entre a combinação de corticoterapia e antiviral relativamente à corticoterapia isolada, no que diz respeito à taxa de recuperação. Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre acompanhamento em tratamento fisioterápico e maior taxa de recuperação o que não aconteceu relativamente ao tempo de recuperação (**Tabelas 4 e 5**).

Tabela 2. Avaliação dos fatores prognósticos quanto à taxa de recuperação da paralisia de Bell, na amostra de 125 pacientes em que foi possível obter informações sobre a recuperação, observados no Serviço de Urgência de Otorrinolaringologia do Hospital Garcia de Orta, Almada, Portugal, 2009-2013.

| Fator prognóstico | Taxa de recuperação | | | p* |
|---|----------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------|
| | Recuperação total n (%) | Recuperação parcial n (%) | Sem recuperação n (%) | |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 47 (67,1) | 22 (31,4) | 1 (1,5) | 0,726 |
| Masculino | 36 (65,5) | 17 (30,9) | 2 (3,6) | |
| Presença de diabetes mellitus | | | | |
| Sim | 16 (72,7) | 6 (27,3) | 0 (0,0) | 0,483 |
| Não | 67 (65,0) | 33 (32,0) | 3 (3,0) | |
| Presença de hipertensão arterial | | | | |
| Sim | 32 (72,7) | 12 (27,3) | 0 (0,0) | 0,187 |
| Não | 51 (63,0) | 27 (33,3) | 3 (3,7) | |
| Gravidez e puerpério | | | | |
| Sim | 1 (33,3) | 2 (66,7) | 0 (0,0) | 0,427 |
| Não | 82 (67,2) | 37 (30,3) | 3 (2,5) | |
| Presença de otalgia e/ou disgeusia | | | | |
| Sim | 22 (51,2) | 21 (48,8) | 0 (0,0) | 0,004 |
| Não | 61 (74,4) | 18 (22,0) | 3 (3,6) | |
| Gravidade segundo escala de House-Brackmann | | | | |
| ligeira a moderada | 34 (72,3) | 11 (23,4) | 2 (4,3) | 0,227 |
| moderada a severa | 49 (62,8) | 28 (35,9) | 1 (1,3) | |
| Recidiva da paralisia facial | | | | |
| Sim | 6 (50,0) | 6 (50,0) | 0 (0,0) | 0,289 |
| Não | 77 (68,1) | 33 (29,2) | 3 (2,7) | |

* Teste do qui quadrado.

Tabela 3. Avaliação dos fatores prognósticos quanto ao tempo de recuperação da paralisia de Bell, na amostra de 125 pacientes nos quais foi possível obter informações sobre a recuperação, observados no Serviço de Urgência de Otorrinolaringologia do Hospital Garcia de Orta. Almada, Portugal, 2009-2013.

| Fator prognóstico | Tempo de recuperação | | | | | Sem recuperação n (%) | p* |
|---|----------------------|---------------------|---------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|--------------|
| | ≤15 dias n (%) | 15-30 dias n (%) | 30-90 dias n (%) | 90-180 dias n (%) | ≥180 dias n (%) | | |
| Sexo | | | | | | | |
| Feminino | 4 (5,7) | 26 (37,2) | 19 (27,1) | 7 (10,0) | 13 (18,6) | 1 (1,4) | 0,123 |
| Masculino | 0 (0) | 21 (38,2) | 21 (38,2) | 6 (10,9) | 5 (9,1) | 2 (3,6) | |
| Presença de diabetes mellitus | | | | | | | |
| Sim | 0 (0) | 10 (45,5) | 5 (22,7) | 3 (13,6) | 4 (18,2) | 0 (0) | 0,492 |
| Não | 4 (3,9) | 37 (35,9) | 35 (34) | 10 (9,7) | 14 (13,6) | 3 (2,9) | |
| Presença de hipertensão arterial | | | | | | | |
| Sim | 1 (2,3) | 15 (34,1) | 17 (38,6) | 5 (11,4) | 6 (13,6) | 0 (0) | 0,547 |
| Não | 3 (3,7) | 32 (39,5) | 23 (28,4) | 8 (9,9) | 12 (14,8) | 3 (3,7) | |
| Gravidez e puerpério | | | | | | | |
| Sim | 0 (0) | 1 (33,3) | 1 (33,3) | 1 (33,3) | 0 (0) | 0 (0) | 0,817 |
| Não | 4 (3,3) | 46 (37,6) | 39 (32) | 12 (9,8) | 18 (14,8) | 3 (2,5) | |
| Presença de otalgia e/ou disgeusia | | | | | | | |
| Sim | 0 (0) | 12 (27,9) | 14 (32,6) | 9 (20,9) | 8 (18,6) | 0 (0) | 0,011 |
| Não | 4 (4,9) | 35 (42,6) | 26 (31,7) | 4 (4,9) | 10 (12,2) | 3 (3,7) | |
| Gravidade segundo escala de House-Brackmann | | | | | | | |
| Ligeira a moderada | 3 (6,4) | 19 (40,4) | 15 (31,8) | 6 (12,8) | 2 (4,3) | 2 (4,3) | 0,066 |
| Moderada a severa | 1 (1,3) | 28 (35,8) | 25 (32,1) | 7 (9) | 16 (20,5) | 1 (1,3) | |
| Recidiva da paralisia facial | | | | | | | |
| Sim | 0 (0) | 2 (16,7) | 5 (41,6) | 2 (16,7) | 3 (25) | 0 (0) | 0,418 |
| Não | 4 (3,5) | 45 (39,8) | 35 (31) | 11 (9,7) | 15 (13,3) | 3 (2,7) | |

* Teste do qui quadrado.

Tabela 4. Análise bivariada entre a taxa de recuperação da paralisia de Bell e a abordagem terapêutica, na amostra de pacientes em que foi possível obter informações sobre a recuperação. Terapêutica farmacológica: n=116. Fisioterapia: n=125. Serviço de urgência de Otorrinolaringologia do Hospital Garcia de Orta. Almada, Portugal, 2009-2013.

| Abordagem terapêutica | Taxa de recuperação | | | p* |
|--------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------|
| | Recuperação total n (%) | Recuperação parcial n (%) | Sem recuperação n (%) | |
| Corticoterapia isolada | 21 (72,4) | 7 (24,1) | 1 (3,4) | 0,689 |
| Corticoterapia+antiviral | 57 (65,5) | 28 (32,2) | 2 (2,3) | |
| Com fisioterapia | 71 (65,7) | 36 (33,3) | 1 (0,9) | 0,049 |
| Sem fisioterapia | 12 (70,6) | 3 (17,6) | 2 (11,8) | |

* Teste do qui quadrado.

Tabela 5. Análise bivariada entre o tempo de recuperação da paralisia de Bell e a abordagem terapêutica, na amostra de pacientes em que foi possível obter informações sobre a recuperação. Terapêutica farmacológica: n=116. Fisioterapia: n=125. Serviço de urgência de Otorrinolaringologia do Hospital Garcia de Orta. Almada, Portugal, 2009-2013.

| Abordagem terapêutica | Tempo de recuperação | | | | | Sem recuperação n (%) | p* |
|--------------------------|----------------------|---------------------|---------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|-------|
| | ≤15 dias n (%) | 15-30 dias n (%) | 30-90 dias n (%) | 90-180 dias n (%) | ≥180 dias n (%) | | |
| Corticoterapia isolada | 1 (3,4) | 10 (34,5) | 11 (37,9) | 2 (6,9) | 4 (13,8) | 1 (3,4) | 0,977 |
| Corticoterapia+antiviral | 2 (2,3) | 33 (37,9) | 28 (32,2) | 9 (10,3) | 13 (14,9) | 2 (2,3) | |
| Fisioterapia | 3 (2,8) | 40 (37,0) | 36 (33,3) | 12 (11,1) | 16 (14,8) | 1 (0,9) | 0,315 |
| Sem fisioterapia | 1 (5,9) | 7 (41,2) | 4 (23,5) | 1 (5,9) | 2 (11,8) | 2 (11,8) | |

* Teste do qui quadrado.

Tabela 6. Análise bivariada entre a taxa de recuperação da paralisia de Bell e a abordagem terapêutica, numa amostra de 73 pacientes com grau de disfunção inicial \geq IV de House-Brackmann, observados no serviço de urgência de Otorrinolaringologia do Hospital Garcia de Orta. Almada, Portugal, 2009-2013.

| Abordagem terapêutica | Taxa de recuperação (n=73 com grau de disfunção inicial \geq IV de House-Brackmann) | | | p* |
|--------------------------|--|------------------------------|--------------------------|-------|
| | Recuperação total n (%) | Recuperação parcial n (%) | Sem recuperação n (%) | |
| Corticoterapia isolada | 13 (68,4) | 6 (31,6) | 0 (0) | 0,697 |
| Corticoterapia+antiviral | 34 (63,0) | 19 (35,2) | 1 (1,8) | |

* Teste do qui quadrado.

Tabela 7. Análise bivariada entre o tempo de recuperação da paralisia de Bell e a abordagem terapêutica, numa amostra de 73 pacientes com grau de disfunção inicial \geq IV de House-Brackmann, observados no serviço de urgência de Otorrinolaringologia do Hospital Garcia de Orta. Almada, Portugal, 2009-2013.

| Terapêutica farmacológica | Tempo de recuperação | | | | | Sem recuperação n (%) | p* |
|---------------------------|-------------------------|---------------------|---------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| | \leq 15 dias n (%) | 15-30 dias n (%) | 30-90 dias n (%) | 90-180 dias n (%) | \geq 180 dias n (%) | | |
| Corticoterapia isolada | 0 (0) | 6 (31,6) | 8 (42,1) | 1 (5,3) | 4 (21,0) | 0 (0) | 0,848 |
| Corticoterapia+antiviral | 1 (1,8) | 19 (35,2) | 17 (31,5) | 5 (9,3) | 11 (20,4) | 1 (1,8) | |

* Teste do qui quadrado.

Nos casos de maior gravidade (96 casos dos quais se excluíram 23 por ausência de dados) com disfunção inicial da paralisia de grau \geq IV de House-Brackmann também não houve diferença na taxa ($p=0,697$) nem no tempo de recuperação ($p=0,848$) (**Tabelas 6 e 7**).

Dos fatores de risco estudados para recorrência da paralisia de Bell (gravidez, puerpério e diabetes *mellitus*), apenas a presença de diabetes *mellitus* revelou-se fator de risco com significância estatística: em 24,1% dos pacientes com diabetes *mellitus* houve recorrência da paralisia, contrastando com recorrência da paralisia em apenas 6,0% dos doentes sem diabetes ($p=0,006$) (**Tabela 8**).

Tabela 8. Análise bivariada entre a diabetes mellitus, gravidez/puerpério e a recorrência da paralisia facial, numa amostra de 180 pacientes, observados no serviço de urgência de Otorrinolaringologia do Hospital Garcia de Orta. Almada, Portugal, 2009-2013.

| Fatores de risco | Recorrência | | p* |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| | Sem recorrência n (%) | Com recorrência n (%) | |
| Com diabetes mellitus | 22 (75,9) | 7 (24,1) | 0,006 |
| Sem diabetes mellitus | 142 (94,0) | 9 (6,0) | |
| Grávida/puérpera | 4 (80,0) | 1 (20,0) | 0,376 |
| Sem gravidez/puerpério | 160 (91,4) | 15 (8,6) | |

* Teste do qui quadrado.

DISCUSSÃO

Sob o ponto de vista epidemiológico, nesta amostra a incidência de paralisia de Bell foi máxima entre os 21 e os 40 anos. O mesmo verificou-se no estudo de Yanagihara [6], em que a incidência máxima ocorreu entre a segunda e a quarta décadas de vida. Sazonalmente, Spengos et al. [7] obtiveram resultados semelhantes aos do presente estudo, com um declínio da paralisia de Bell no verão e um pico de incidência no inverno.

Tal como neste estudo, Kanoh et al. [8] verificaram que a maioria das pessoas com paralisia de Bell detectam os primeiros sinais da doença pela manhã, ao acordar, apresentando no seu estudo uma relação de 191:30:36 (manhã:tarde:noite). Isto pode ser explicado pelo fato do nervo facial sofrer um processo de isquemia que, mais frequentemente, aumenta e progride lentamente durante a noite, dando origem a edema e compressão do nervo e conseqüente perda da sua função.

Verificou-se neste estudo que 68,9% dos pacientes recuperaram a mímica facial. Este resultado mostra-se concordante com o estudo de Peitersen [9], em que 71% dos pacientes recuperaram a função normal da mímica facial.

Na literatura, o principal fator prognóstico descrito é o grau da paralisia facial, apresentando pior prognóstico os doentes com paralisia facial igual ou superior ao grau IV na escala de House-Brackmann.

Outros fatores, como hiperacusia, diminuição da lágrima, idade superior a 60 anos, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, ausência do reflexo estapédico (também conhecido por reflexo acústico, consistindo em contração dos músculos do ouvido médio em resposta a um estímulo sonoro) e presença de dor intensa, são também indicadores de mau prognóstico [10]. Nesta amostra, apenas a presença de otalgia e/ou disgeusia esteve estatisticamente relacionada com a taxa e o tempo de recuperação, associando-se a menor taxa e a maior tempo para a recuperação, constituindo-se, portanto, em fator de mau prognóstico na paralisia de Bell.

Quanto à recorrência da paralisia facial, o dado encontrado nesta casuística (8,9% de recorrência) concorda com o estudo de Reixach-Casulá et al. [11], que descreveram uma taxa de recorrência de 7% a 15%. O único fator de risco com significância estatística para a recorrência da paralisia facial encontrado no presente estudo foi a presença de diabetes *mellitus*.

A escolha da abordagem terapêutica para a paralisia de Bell continua a ser um problema comum na prática médica [12-17]. Os resultados deste estudo relativamente à terapêutica antiviral estão de acordo com a revisão Cochrane de 2015 [18], que incluiu 11 ensaios controlados, com um total de 2883 pacientes com paralisia de Bell. A revisão concluiu não haver benefício na combinação de corticosteroides com antivirais, comparados aos corticosteroides isolados ou associados a placebo, assim como nenhum benefício

foi encontrado no uso de antivirais isoladamente quando comparados a placebo [17].

Antunes et al. [19] analisaram o efeito de valaciclovir (1500 mg/dia) em 46 indivíduos com paralisia de Bell, num ensaio randomizado controlado, e não encontraram benefício estatisticamente significativo na associação terapêutica relativamente à taxa de recuperação.

No que diz respeito ao tratamento fisioterapêutico, a metanálise de Pereira et al. [20] concluiu que a fisioterapia melhora a funcionalidade facial nos pacientes com paralisia de Bell, promovendo a simetria da face, controlando e reduzindo as sincinésias. O mesmo se verificou no presente estudo, em que o acompanhamento fisioterapêutico associou-se significativamente ao aumento da taxa de recuperação.

Pode-se concluir que dos potenciais fatores de prognóstico estudados nesta amostra, apenas a presença de otalgia e/ou disgeusia constituiu fator de mau prognóstico na paralisia de Bell, tendo-se associado à diminuição da taxa de recuperação e aumento do tempo para a recuperação. Por sua vez o diabetes *mellitus* revelou-se um fator de risco para recorrência da paralisia. A combinação entre corticosteroide e antiviral não apresentou diferença na taxa ou no tempo de recuperação relativamente à corticoterapia isolada, independentemente da gravidade da disfunção inicial da paralisia de Bell. O acompanhamento com fisioterapia associou-se à maior taxa de recuperação.

NOTA

Declaração de conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse relevantes ao conteúdo deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Gilden DH. Clinical practice. Bell's Palsy. *N Engl J Med*. 2004 Sept 23;351(13):1323-31. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp041120>
2. Kanoh N, Nomura J, Satomi F. Nocturnal onset and development of Bell's palsy. *Laryngoscope*. 2005 Jan;115(1):99-100. <http://dx.doi.org/10.1097/01.mlg.0000150700.46377.96>
3. Valença MM, Valença LP, Lima MC. Paralisia facial periférica idiopática de Bell: a propósito de 180 doentes. *Arq Neuropsiquiatr*. 2001 Sept;59(3-B):733-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2001000500016>
4. Peitersen E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol Suppl*. 2002;(549):4-30. <http://dx.doi.org/10.1080/000164802760370736>
5. House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1985 Apr;93(2):146-7.
6. Yanagihara N. Incidence of Bell's palsy. *Ann Otol Rhinol Laryngol Suppl*. 1988 Nov-Dec;137:3-4.
7. Spengos K, Sameli S, Stouraitis G, Koliass A, Koulouri O, Kokkinos Z, Makrylou I, Tsvigoulis A, Tsvigoulis G, Vassilopoulos D. Seasonal variation of Bell's palsy in Athens, Greece – a hospital-based retrospective evaluation over fifteen years. *Eur Neurol*. 2006;55(2):84-8. <http://dx.doi.org/10.1159/000092779>
8. Kanoh N, Nomura J, Satomi F. Nocturnal onset and development of Bell's palsy. *Laryngoscope*. 2005 Jan;115(1):99-100. <http://dx.doi.org/10.1097/01.mlg.0000150700.46377.96>

9. Peitersen E. The natural history of Bell's palsy. *Am J Otol.* 1982 Oct;4(2):107-11.
10. Douglas E. Clinical disorders of the facial nerve. In: Flint PW, Haughey BH, Lund VJ, Niparko JK, Richardson MA, Robbins KT, Thomas JR, editors. *Cummings otolaryngology: head and neck surgery.* 5th ed. Philadelphia: Mosby Elsevier; 2010. p. 2391-401.
11. Reixach-Casulá R, Beramendi PG, Sanchez EP. Paralisia facial periférica recidivante e alternante: registo de um caso com 5 episódios. *Arq Neuropsiquiatr.* 1982 Dec;40(4):382 <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X1982000400009>
12. Goudakos JK, Markou KD. Corticosteroids vs corticosteroids plus antiviral agents in the treatment of Bell palsy: a systematic review and meta-analysis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009 June;135(6):558-64. <http://dx.doi.org/10.1001/archoto.2009.44>
13. Kawaguchi K, Inamura H, Abe Y, Koshu H, Takashita E, Muraki Y, Matsuzaki Y, Nishimura H, Ishikawa H, Fukao A, Hongo S, Aoyagi M. Reactivation of herpes simplex virus type 1 and varicella-zoster virus and therapeutic effects of combination therapy with prednisolone and valacyclovir in patients with Bell's palsy. *Laryngoscope.* 2007 Jan;117(1):147-56. <http://dx.doi.org/10.1097/01.mlg.0000248737.65607.9e>
14. Lagalla G, Logullo F, Di Bella P, Provinciali L, Ceravolo MG. Influence of early high-dose steroid treatment on Bell's palsy evolution. *Neurol Sci.* 2002 Sept;23(3):107-12. <http://dx.doi.org/10.1007/s100720200035>
15. De Diego JI, Prim MP, De Sarriá MJ, Madero R, Gavilán J. Idiopathic facial paralysis: a randomized, prospective, and controlled study using single-dose prednisone versus acyclovir three times daily. *Laryngoscope.* 1998 Apr;108(4 Pt 1):573-5. <http://dx.doi.org/10.1097/00005537-199804000-00020>
16. Hato N, Matsumoto S, Kasaki H, Takahashi H, Wakisaka H, Honda N, Gyo K, Murakami S, Yanagihara N. Efficacy of early treatment of Bell's palsy with oral acyclovir and prednisolone. *Otol Neurotol.* 2003 Nov;24(6):948-51. <http://dx.doi.org/10.1097/00129492-200311000-00022>
17. Axelsson S, Berg T, Jonsson L, Engström M, Kanerva M, Stjernquist-Desatnik A. Bell's palsy - the effect of prednisolone and/or valaciclovir versus placebo in relation to baseline severity in a randomised controlled trial. *Clin Otolaryngol.* 2012 Aug;37(4):283-90. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-4486.2012.02526.x>
18. Gagyor I, Madhok VB, Daly F, Somasundara D, Sullivan M, Gammie F, Sullivan F. WITHDRAWN. Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 May 4;5:CD001869.
19. Antunes ML, Fukuda Y, Testa JRG. Clinical treatment of Bell's palsy: comparative study among valaciclovir plus deflazacort, deflazacort and placebo. *Acta AWHO* 2000;19:68-75.
20. Pereira LM, Obara K, Dias JM, Menacho MO, Lavado EL, Cardoso JR. Facial exercise therapy for facial palsy: systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil.* 2011 July;25(7):649-58. <http://dx.doi.org/10.1177/0269215510395634> 