

Correlação entre paralisia facial e desordem temporomandibular: caso clínico

Ana Paula Nunes SANTOS^a, Antônio Marques de Faria GANDA^b,
Maria Inês da Cruz CAMPOS^c

^aCirurgiã-dentista, Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, 36036-330 Juiz de Fora - MG, Brasil

^bProfessor dos Cursos de Especialização em Ortodontia,
Faculdades de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora – FCMS/JF,
36045-410 Juiz de Fora - MG, Brasil

^cEspecialista em Patologia Bucal, Odontopediatria e Membro do SERVIÇO ATM,
Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF,
36036-330 Juiz de Fora - MG, Brasil

Santos APN, Ganda AMF, Campos MIC. Relationship between facial paralysis and temporomandibular disorder: case report. Rev Odontol UNESP. 2009; 38(2): 123-7.

Resumo: O presente artigo relata o caso clínico de uma paciente de 57 anos que se apresentou ao Serviço ATM (FO/UFJF) com queixa de cefaleia, otalgia, zumbido e dor à mastigação. Esse quadro clínico teve início há 25 anos, após a paciente ter sofrido uma paralisia facial. O diagnóstico foi sugestivo de desordem temporomandibular do tipo mialgia crônica, associada à paralisia facial periférica idiopática. A terapêutica de suporte proposta foi a utilização de uma placa neuromiorrelaxante, fisioterapia, fonoterapia e orientações relativas a hábitos e alimentação. O artigo objetiva relatar a correlação entre a paralisia facial e sua provável etiologia na desordem temporomandibular.

Palavras-chave: *Articulação temporomandibular; desordem temporomandibular; nervo facial; paralisia facial.*

Abstract: This study reports 57 years old patient's clinical case who came to Serviço ATM (FO/UFJF), clammng headache, earache, tinnitus and facial painful. The first episode was 25 years ago after a facial paralysis. The diagnosis was suggestive of temporomandibular disorder of kind chronic myalgia, associated whit idiopathic peripheral facial paralysis. The support therapeutic was neuromiorrelaxante plate, physiotherapy, speech therapy and orientation about habits and food. It will be approached the relationship among the facial paralysis and probable etiology in the temporomandibular disorder.

Keywords: *Temporomandibular joint; temporomandibular disorders; facial nerve; facial paralysis.*

Introdução

A expressão facial é o principal meio de comunicação não verbal dos seres humanos, possibilitando sua apresentação ao mundo e a distinção de suas emoções¹. A paralisia facial (PF) representa uma afecção grave decorrente da interrupção do influxo no nervo facial, levando à suspensão dos movimentos da face. A PF acarreta não só uma deformidade funcional e estética, mas também alterações emocionais, sociais e profissionais²⁻³.

A desordem temporomandibular (DTM) é um termo coletivo que abrange várias patologias que envolvem a musculatura da mastigação, as articulações temporomandibulares (ATM) e as estruturas associadas⁴.

Visando ilustrar a relação da paralisia facial com a DTM, o objetivo deste artigo é relatar um caso clínico acerca deste tópico, embasado em uma revisão de literatura pertinente.

Fundamentos teóricos

Estima-se que pelo menos 50 a 60% da população apresentem algum tipo de desordem da ATM. As DTM apresentam etiologia multifatorial e complexa, estando relacionadas a problemas de ordem oclusal, psicológica e traumática. Contudo, a sintomatologia associada à DTM é muito variada, podendo os pacientes apresentar sinais e sintomas, como: dores nas articulações e nos músculos mastigatórios, sons articulares, cefaleia, limitação de movimentos mandibulares, desgaste dental, otalgia, zumbido e olhos lacrimejantes⁵⁻⁸.

O nervo facial (VII par craniano) é composto por duas raízes: uma motora, o nervo facial propriamente dito, e outra sensitiva, representada pelo nervo intermédio⁹. A raiz motora inerva a musculatura da mímica facial. A raiz sensitiva, por sua vez, é responsável pela gustação nos dois terços anteriores da língua, pela secreção das glândulas salivares, nasais, palatinas e glândula lacrimal⁶ (Figura 1).

A PF pode se apresentar de várias maneiras: completa ou incompleta; súbita ou se desenvolver ao longo de vários anos, e vir acompanhada de acometimento auditivo ou não⁹.

Classifica-se a PF como paralisia facial central (PFC) ou periférica (PFP). Na PFC há alteração de mobilidade apenas dos músculos do terço inferior da hemiface contralateral à lesão nervosa, mantendo a movimentação normal da parte superior bilateralmente^{1,11}.

A PFP caracteriza-se por uma dificuldade em toda movimentação de uma hemiface (superior e inferior), em que se podem encontrar alterações quanto ao lacrimejamento, fechamento da pálpebra, alterações na fala e mímica facial, mastigação ineficiente, impossibilidade de ocluir corretamente os lábios, além de sintomas como otalgia, zumbido, vertigens e outros^{1,11} (Figura 2).

Quanto à etiologia, a paralisia facial pode ser dividida em: paralisia de Bell (ou idiopática), traumática, infecciosa, neoplásica, congênita, vascular, tóxica e metabólica (diabete e hipotireoidismo)^{2,10,13}.

O tratamento da PF pode ser medicamentoso, com antibióticos e antivirais, quando diante de infecções. Em casos de compressão do nervo facial por edema pós-trauma (paralisia facial traumática), deve-se aguardar para que os movimentos retornem gradativamente. Não se obtendo êxito, o uso de corticoides, como a prednisona, pode ser uma terapia indicada. Outra opção terapêutica seria a descompressão cirúrgica do nervo¹³⁻¹⁴. Valença et al.¹⁸ (2001) e Pinna et al.¹³ (2004) sugerem outras condutas terapêuticas como a eletroterapia, a termoterapia, a cinesioterapia e a massoterapia¹⁵⁻¹⁹.

Relato do caso

A paciente D.R., gênero feminino, leucoderma, 57 anos de idade, apresentou-se ao Serviço ATM da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora

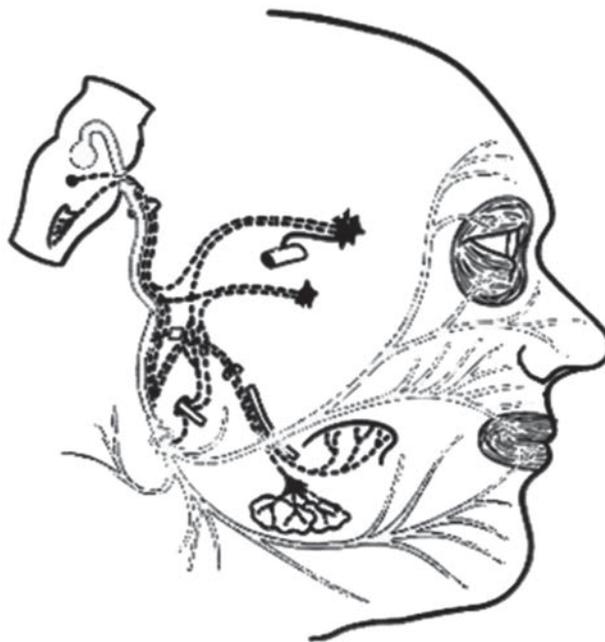


Figura 1. Nervo facial: raiz motora e raiz sensitiva. Fonte: Miniti et al.¹⁰ (1993).

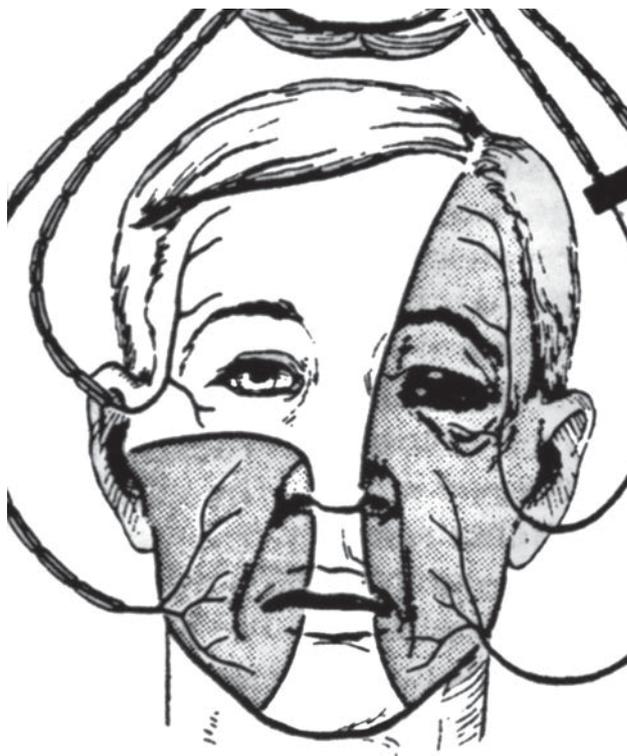


Figura 2. Paralisia facial periférica (hemiface esquerda) e paralisia facial central (hemiface direita). Fonte: Kruger¹² (1984).

(FO/UFJF), com a queixa de dor na articulação esquerda (dor crônica, de intensidade moderada, frequência intermitente e agravada com a mastigação).

Durante a anamnese, a paciente relatou otalgia, zumbido no ouvido e dor cervical. Também foram constatados: hábito de apertamento dentário, bruxismo e mastigação unilateral esquerda. A história médica revelou a ocorrência de paralisia facial há 25 anos e, a partir de então, iniciou-se a dor articular. Na época do exame, a paciente se encontrava sob tratamento para depressão.

Ao exame físico, foi relatada pela paciente dor à palpação nos músculos pterigoideos mediais e laterais, além dos músculos cervicais. Observou-se também assimetria facial em repouso e durante a movimentação facial (Figura 3).

Ao exame intraoral, observou-se ausência dos elementos dentários 15, 16, 18, 38 e 48, extrusão do elemento 28 e presença de prótese parcial removível nos elementos 15 e 16. Relativamente à análise oclusal, verificou-se um desliz de 1,0 mm entre as posições de relação cêntrica e a de máxima intercuspidação habitual (Figura 4).

A paciente apresentava uma limitação de abertura bucal, com abertura máxima de 33 mm sem dor e de 44 mm com dor. Os movimentos de lateralidade direita e esquerda apresentaram amplitudes de 3 e de 5 mm, respectivamente.



Figura 3. Fotografias extraorais frontal e perfil direito.

O movimento protrusivo apresentou amplitude de 3 mm. Os valores observados para *overjet* e *overbite* foram de 3 mm.

Na avaliação das ATM, a paciente relatou dor moderada no lado direito e acentuada no lado esquerdo, tanto à palpação lateral quanto à palpação intraconduto. Notou-se também estalido no lado esquerdo. Radiograficamente, a planigrafia das ATM mostrou-se dentro dos padrões de normalidade, com pequeno aplainamento da superfície articular anterior do côndilo esquerdo (Figura 5).

Com base nos dados coletados, pôde-se chegar ao diagnóstico sugestivo de desordem temporomandibular do tipo mialgia crônica, associada à paralisia facial periférica idiopática. O diagnóstico de paralisia facial idiopática foi estabelecido pelo setor de Otorrinolaringologia do Serviço ATM. A paciente foi também encaminhada a um neurologista que, além de confirmar o diagnóstico, observou uma contratatura facial pós-paralítica e sincinésia (fechamento da fenda palpebral simultânea ao ato de assoviar).

A terapêutica de suporte proposta foi a utilização de uma placa neuromiorrelaxante (PNMR), fisioterapia, fonoterapia e orientações relativas a hábitos e alimentação. A paciente foi acompanhada por um período de seis meses. Após 20 dias de terapia de suporte, a paciente relatou diminuição das dores gerais, do zumbido e da dor à mastigação. Nas consultas subsequentes a paciente relatou cefaleia, mas a associou a episódios de maior estresse emocional.

Encaminhou-se a paciente aos setores de Fonoaudiologia e Fisioterapia, a fim de trabalhar a mastigação ineficiente e o fortalecimento muscular. Com a terapia de suporte, a abertura bucal aumentou de 33 para 48 mm.

O tratamento continuou até a completa remissão da cefaleia, das dores gerais, da dor à mastigação e a diminuição significativa na frequência do zumbido.

Como orientações pós-alta, foram indicadas a reabilitação oral, a fisioterapia e a fonoterapia.

Discussão

Segundo Albernaz et al.² e Valença et al.¹⁸, a PFP idiopática acomete três vezes mais mulheres durante o período



Figura 4. Fotografias intraorais: perfil direito, frontal e perfil esquerdo.

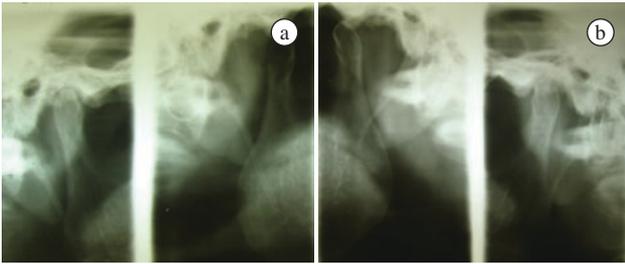


Figura 5. Planigrafia das ATM direita, boca fechada e boca aberta, e esquerda, boca aberta e fechada, respectivamente.



Figura 6. Contratura facial pós-paralítica (seta mostra as rugas e sulcos naturais da face acentuadas, repuxadas para o lado acometido).

gestacional. O caso da paciente em questão, cuja paralisia facial periférica idiopática se iniciou no oitavo mês de gestação, vem corroborar tal dado dos Autores.

A PFP, de acordo com Lasarini et al.¹ e Dib et al.²⁰, caracteriza-se por uma dificuldade em toda movimentação de uma hemiface (superior e inferior). Hungria³ afirma que a impossibilidade de oclusão voluntária das pálpebras do lado doente é o sinal cardinal da paralisia facial periférica. Foi identificado na paciente dificuldade de movimentação da hemiface esquerda (superior e inferior) e impossibilidade de oclusão voluntária da pálpebra do lado esquerdo.

A PFP pode levar à mastigação ineficiente, devido à paralisia dos orbiculares da boca e do bucinador, que impede o

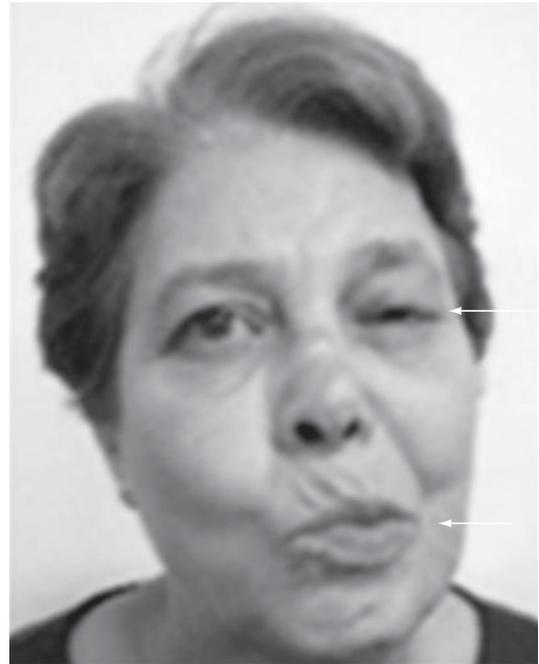


Figura 7. Sincinésia (as setas indicam o fechamento simultâneo da fenda palpebral ao praticar o ato de assobiar).

selamento labial e a remoção do bolo alimentar do fundo de vestibulo^{1,19,20}. Neste caso clínico, a paciente revelou mastigação unilateral direita, o que poderia ter levado a uma maior sensibilidade dolorosa e ao estalido na ATM esquerda. De acordo com Okeson⁸, durante a mastigação, há um aumento de pressão interarticular na articulação contralateral e uma rápida diminuição da pressão interarticular na articulação ipsilateral. Isto pode gerar uma separação das superfícies articulares, resultando em deslocamento.

Outros sintomas apresentados pela paciente, como cefaleia e dor à mastigação, podem estar associados à má oclusão, hábitos parafuncionais e estresse emocional, de acordo com Ash, Ramford⁵, Favero⁶ e Okeson⁸.

A paciente relatou sentir-se deprimida, ansiosa, e afirmou estar sob tratamento para depressão. Segundo Lima⁹, o indivíduo portador de paralisia facial quase sempre se sente inseguro e envergonhado em função das alterações físicas, procurando o isolamento até mesmo familiar, uma vez que apresenta dificuldades de se comunicar e/ou de se alimentar normalmente.

A paciente também relatou como queixas a otalgia e o zumbido, sendo que a PFP pode levar a tais alterações^{1,20}. Todavia, Okeson⁸ relata que a otalgia pode apresentar-se como dor na ATM percebida mais posteriormente e que o zumbido também tem sido relatado por pacientes que sofrem de DTM. Observou-se a completa remissão da otalgia com o

uso da PNMR; porém, em relação ao zumbido, conseguiu-se apenas uma pequena redução.

Pôde ser observada na paciente contratura facial pós-paralítica, na qual os traços fisionômicos ficam repuxados para o lado doente e se acentuam as rugas e os sulcos naturais da face^{3,21} (Figura 6).

Também se diagnosticou uma axoniotmese que, segundo Hungria³, é uma regeneração cruzada de axônios, em que pode ser observada sincinésia (Figura 7).

Conclusão

A avaliação de pacientes com desordem temporomandibular deve ser minuciosa, atentando-se para seu histórico médico, pois a DTM apresenta uma etiologia multifatorial e complexa, podendo estar associada a vários fatores e doenças sistêmicas.

Com base nos resultados obtidos, pode-se sugerir que houve uma inter-relação DTM e paralisia facial, em que as sequelas da paralisia contribuíram como um dos fatores etiológicos para o desencadeamento da desordem. Pode-se afirmar que a terapêutica instituída (placa neuromiorrelaxante, fonoterapia e fisioterapia) foi eficaz na remissão da sintomatologia, com eliminação das dores gerais, cefaleia, otalgia e diminuição significativa na frequência do zumbido, permitindo, dessa maneira, uma melhor qualidade de vida à paciente.

Agradecimento

Os autores agradecem ao neurologista Leandro Cruz por sua contribuição a este estudo.

Referências

1. Lasarini PR, Fernandes AMF, Brasileiro VSR, Custódio SEV. Paralisia facial periférica por comprometimento do tronco cerebral – a propósito de um caso clínico. *Rev Bras Otorrinol.* 2002; 68:140-4.
2. Albernaz PLM, Ganança MM, Yotaca F, Munhoz MSL. *Otorrinolaringologia para o clínico geral.* São Paulo: Fundo Editorial BYK; 1997.
3. Hungria H. *Otorrinolaringologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.
4. Garcia AR. Energia vibratória em pacientes sob tratamento de DTM. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 2000;54:297-301.
5. Ash MM, Ramfjord O. *Oclusão.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996.
6. Favero KE. Disfunções da articulação temporomandibular – uma visão etiológica e terapêutica multidisciplinar [monografia especialização]. São Paulo: Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica Motricidade Oral; 1999.
7. Felício CM, Melchior MO, Silva MAMR, Celeghini RMS. Desempenho mastigatório em adultos relacionado

- com a desordem temporomandibular e com a oclusão. *Pró-Fono R Atual Cient.* 2007;19:151-8.
8. Okeson JP. *Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão.* São Paulo: Artes Medicas; 2000.
9. Lima CMO. *Atuação fonoaudiológica na paralisia facial [monografia especialização].* Londrina: Centro em Fonoaudiologia Clínica Motricidade Oral Hospitalar; 2001.
10. Miniti A, Bento RF, Botugan O. *Otorrinolaringologia clínica e cirurgia.* São Paulo: Atheneu; 2000.
11. Porto CC. *Semiologia médica.* 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.
12. Kruger GO. *Cirurgia bucal e maxilo facial.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1984.
13. Pinna BR, Testa JRG, Fukuda Y. Estudo de paralisias faciais traumáticas: análise de casos clínicos e cirúrgicos. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2004;70:479-82.
14. Ribeiro EC, Cassol M. Enfoque fisioterápico & fonoaudiológico na paralisia facial periférica. *Arq Fund Otorrinol.* 1999;40:46-52.
15. Wachtman G, Cohn J, VanSwearingen J, Manders E. Automated tracking of facial features in patients with facial neuromuscular dysfunction. *Plast Reconstr Surg.* 2001;107:1124-33.
16. Tessitore A, Pflsticker LN, Paschoal JR. Aspectos neurofisiológicos da musculatura facial visando a reabilitação na paralisia facial. *Rev CEFAC.* 2008;10(1): 68-75.
17. Garanhani MR, Cardoso JR, Capelli AMG, Ribeiro MC. Fisioterapia na paralisia facial periférica: estudo retrospectivo. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2007;73:112-5.
18. Valença MM, Valença LPAA, Lima MCM. Paralisia Facial Periférica Idiopática de Bell: A propósito de 180 pacientes. *Arq Neuro-Psiquiat.* 2001;59:733-9.
19. Falavigna A, Teles AR, Giustina AD, Kleber FD. Paralisia facial de Bell: fisiopatologia e tratamento. *Scientia Medica.* 2008;18:77-83.
20. Dib GC, Kosugi EM, Antunes ML. Paralisia facial periférica. *Rev Bras Med.* 2004;61:110-7.
21. Freitas KCS, Gómez MVG. Grau de percepção e incômodo quanto à condição facial em indivíduo com paralisia facial periférica na fase de sequelas. *Rev Soc Bras. Fonoaudiol.* 2008;13:113-8.

Autor para correspondência:

Ana Paula Nunes Santos
anaodonto_01@yahoo.com.br

Recebido: 05/11/2008

Aceito: 19/04/2009

