

## Paralisia facial periférica: etiologia, sintomatologia e tratamento fisioterapêutico

Peripheral facial paralyzing:  
etiologia, symptomatology  
and physiotherapeutic treatment

Leidiane N. de P. Sales<sup>1</sup>  
Mariana J. de Mello<sup>1</sup>  
Renato de O. Mercês<sup>1</sup>  
Andressa Pitanga S. da Silva<sup>2</sup>

### Resumo

Este trabalho tem como objetivo revisar literaturas através da seleção de artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais indexados nas bases de dados LILACS, BVS, BIREME, MEDLINE e biblioteca da UNIVALE entre os anos de 2001 e 2009, exceto uma publicação de 1987, com o intuito de apontar a etiologia, os sinais, sintomas e condutas fisioterapêuticas da Paralisia Facial Periférica. A Paralisia Facial provoca perda dos movimentos da musculatura da face, ou seja, uma paralisia dos músculos da expressão ou da mímica a partir da interrupção da trajetória nervosa de qualquer um dos segmentos do nervo facial (o sétimo de doze pares de nervos cranianos), acometendo totalmente ou parcialmente a hemiface. Pode surgir por origem idiopática, traumática, iatrogênica, infecciosa, tumoral, congênita, metabólica ou tóxica. É uma afecção com incidência anual de 20 a 30 casos a cada 100.000 habitantes, ocasionando uma assimetria da face ou imobilidade, modificando a expressão fisionômica do paciente onde se tem um dano funcional e estético. Pode estar associada a distúrbios da gustação, salivação e lacrimagem, hiperacusia e hipostesia no canal auditivo externo, dificuldades para mastigar, assoprar ou assobiar, podendo ocorrer disartria com problemas de comunicação. O grau dessa recuperação depende da idade do paciente, do tipo de lesão, da etiologia, nutrição do nervo, comprometimento neuromuscular e terapêutica instituída. Os principais recursos fisioterapêuticos aplicados são cinesioterapia, massoterapia, crioterapia, termoterapia, eletroterapia e várias técnicas como as de facilitação neuromuscular proprioceptivas, minimizando os problemas com a alimentação, fala e integração social.  
Palavras-chave: Fisioterapia. Paralisia Facial Periférica. Nervo Facial.

### Abstract

This paper aims to review literature through the selection of articles published in national and international periodic journals indexed in databases LILACS, BVS, BIREME, MEDLINE and library of UNIVALE in between the years of 2001 and 2009, except a publication of 1987, in order to point the etiology, the signs, the symptom and the physiotherapeutic treatment of Peripheral Facial Paralyzing. It causes the facial muscle movements lost, as if it would make the expression muscles paralyzed or the mime starting from nerve trajectory interruption of the facial nerve (the seventh of

<sup>1</sup>Acadêmica do curso de Fisioterapia da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) Governador Valadares - MG.

<sup>2</sup>Orientadora Professora Mestre da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) Governador Valadares - MG.

twelve paired cranial nerves), making it total or partial hemiface. It may appear from idiopathic, traumatic, iatrogenic, infectious, tumoral, congenital, metabolic or toxic. It's a disease that happens from 20 to 30 cases for each 100.000 inhabitants in a year, occasioning a facial asymmetry or losing the movements of the patients physiognomic expression, where there is a aesthetic and functional damage. It may be associated to taste, salivation, tearing, hyperacusia, hypoesthesia disturbs in the external auditive channel, the patient may also have difficulties chewing, blowing and whistling, and it may also occur dysarthria with communication problems. The degree of facial nerve recovery depends on patient's age, lesion type, nerve nurturing, neuromuscular involvement and therapy installed. The main resources of the Physical therapy applied are kinesiotherapy, massage and electro-thermotherapy, cryotherapy and several techniques as of neuromuscular proprioceptive facilitation, minimizing the problems eating, speaking and also with social integration.

Keywords: Physical therapy. Peripheral Facial Paralyzing. Facial Nerve.

## Introdução

A face humana pode ser considerada um espelho dos nossos sentimentos, pois através da movimentação de seus músculos expressamos diferentes tipos de emoções em diversos graus (FARIA et al., 2006). Os movimentos faciais normais são bilaterais simétricos: ambos os lados da face movem-se em movimentos idênticos (VOSS et al., 1987). A pessoa normal é capaz de inúmeras combinações dos movimentos faciais, que incluem movimentos unilaterais e bilaterais simétricos (VOSS et al., 1987).

A Paralisia Facial provoca perda dos movimentos da musculatura da face, ou seja, uma paralisia dos músculos da expressão ou da mímica (KENDALL et al., 2007), podendo ser unilateral ou bilateral acometendo totalmente ou parcialmente a hemiface (MARINHO JUNIOR, RAVAGNANI, MOURA, 2007; LANGE, TRAJABORG, ROWLAND, 2002).

A paralisia facial periférica (PFP) decorre da interrupção da trajetória nervosa de qualquer um dos segmentos do nervo facial (VII par de nervo craniano). Por serem superficiais, os ramos periféricos do sétimo nervo estão sujeitos a lesões por ferimentos à faca, armas de fogo, cortes e traumas de parto (LANGE, TRAJABORG, ROWLAND, 2002; LAZARINI, 2005; COSTA et al., 2006; QUINTAL et al., 2004); também pode ser de origem idiopática, iatrogênica, traumática, infecciosa,

tumoral, congênita, metabólica ou tóxica (TESSITORE, PFELSTICKER, PASCHOAL, 2008; FREITAS, GOMES, 2008; OCZKOWSKI, 2008).

A precisão dos movimentos faciais, juntamente com a habilidade vocal representada pela fala, permite que o ser humano se diferencie dos outros animais em sua forma de comunicação. A mímica facial favorece a transmissão do conteúdo implícito, contido na expressão de sentimentos e pensamentos. A privação dos movimentos faciais limita, de forma dramática, a integração do ser humano com seu próximo e com o meio em que vive (LAZARINI et al., 2002; TESSITORE, PFELSTICKER, PASCHOAL, 2008; RAHAL, GOFFI-GOMEZ, 2007).

Na fase de sequelas, geralmente observa-se ausência de linhas de expressão na testa, olho mais estreito, elevação da comissura labial e asa nasal, além de rima nasolabial mais pronunciada no lado comprometido e depressão no lábio superior desviado para este lado; também podem ser observados movimentos incompletos e sincinesias nos movimentos de testa, olhos, nariz e lábios, assim como lacrimejamento excessivo durante atividades como a mastigação (FREITAS, GOMES, 2008).

A terapia visa às reabilitações da fala, mastigação, deglutição, sucção e expressividade facial (TESSITORE, PFELSTICKER, PASCHOAL, 2008).

Existem vários tipos de tratamento na paralisia facial e durante a fisioterapia deve-se procurar o equilíbrio entre os músculos agonistas e antagonistas para favorecer a dissociação dos movimentos da parte inferior e superior da face (GARANHANI et al., 2007).

O que justifica a escolha deste tema neste estudo de revisão bibliográfica é a alta prevalência da Paralisia Facial Periférica com incidência anual de 20 a 30 casos a cada 100.000 habitantes (VÁZQUEZ et al., 2008; TOUCHÉ et al., 2008) e a necessidade de se aprimorar o entendimento sobre esta patologia, avaliando as diversas abordagens existentes na literatura enfatizando os tratamentos clínicos e buscando uma visão atual que esteja voltada à Fisioterapia. Assim podem-se obter resultados mais satisfatórios, proporcionando melhoria na qualidade de vida das pessoas acometidas por esta patologia.

O objetivo deste artigo é revisar literaturas com o intuito de apontar a etiologia, os sinais e sintomas e as condutas fisioterapêuticas da Paralisia Facial Periférica.

## Metodologia

Este estudo de revisão bibliográfica foi realizado através da seleção de artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais indexados nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em



Ciências da Saúde (LILACS), consultada por meio do site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e biblioteca da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) entre os anos de 2001 e 2009, exceto uma publicação de 1987, que relatasse a Paralisia Facial Periférica enfatizando seus aspectos etiológicos, sinais e sintomas e tratamento fisioterapêutico.

## Revisão de literatura

### Anatomia

O nervo facial é o nervo de maior diâmetro que passa dentro de um conduto ósseo, consequentemente é o nervo que sofre paralisia com mais frequência. Origina-se no núcleo do facial situado na ponte, emergindo da parte lateral do sulco bulbo-pontino. Em seguida, penetra no osso temporal pelo meato acústico interno, emerge do crânio pelo forame estilomastóideo, passa pela glândula parótida e se distribui aos núcleos da mímica por meio de ramos. O trajeto intrapetoso completo percorrido pelo facial aproxima-se de 35 mm e o diâmetro ocupado por ele é de 50 a 75% do canal ósseo (MARINHO JUNIOR, RAVAGNANI, MOURA, 2007; GARANHANI et al., 2007; CALAIS et al., 2005; BENTO et al., 2004).

O nervo facial é um nervo misto, contendo fibras sensoriais e motoras. As fibras sensoriais transmitem informação sobre o tato, a dor e a pressão, originada na língua e na faringe, além de informação produzida nos quimioceptores dos brotamentos gustativos, situados na parte anterior da língua, que é levada para núcleos solitários. A inervação motora pelo nervo facial inclui os músculos que fecham os olhos, movem os lábios e produzem as expressões faciais. O nervo facial também inerva as glândulas salivares, nasais, lacrimais (CIBUSKIS JUNIOR et al., 2007; MOLINA et al., 2001).

Os 23 músculos faciais inervados (VII par craniano) caracterizam-se por manter conexões íntimas com a pele, à qual se inserem diretamente por meio de feixes isolados. Não existem tendões como na musculatura esquelética; as fibras são planas, finas e mal delimitadas. A maioria é desprovida de aponeurose e é dependente, como nos demais músculos esqueléticos, dos neurotransmissores liberados na junção neuromuscular. Essas características anatômicas particulares determinam suas peculiaridades funcionais (TESSITORE, PFELSTICKER, PASCHOAL, 2008).

### Aspectos etiológicos da paralisia facial periférica

A paralisia de Bell ou paralisia facial periférica idiopática é uma afecção frequente, com uma incidência anual de 20 a 30 casos por 100.000 habitantes (CHÁVEZ et al., 2004; VÁZQUEZ et al., 2008; LEÓN et al., 2006; VALENÇA, VALENÇA, LIMA, 2001; MOLINA et al., 2001; TOUCHE et al., 2008).

O quadro clínico é facilmente identificado, porém o diagnóstico etiológico permanece indefinido em um grande número de casos (LAZARINI et al., 2002).

Embora seja comum uma piora do quadro nas primeiras 48 horas, a maioria dos pacientes evolui para a recuperação dentro de algumas semanas (VALENÇA, VALENÇA, LIMA, 2001).

A maior parte desses pacientes se recupera completamente em um tempo aproximado de dois a três meses, mesmo não sendo submetidos a um tratamento específico. Cerca de 71% se recupera totalmente e 84% quase totalmente. Porém, 15% desses pacientes apresentarão algum grau de seqüela permanente, com consequências estéticas, psicológicas e sociais; em alguns casos poderão ocorrer consequências funcionais importantes relacionadas às lesões da córnea (VÁZQUEZ et al., 2008; KESSE et al., 2005), resultando em déficit significativo da qualidade de vida do paciente (TESTA et al., 2003).

A incidência entre homens e mulheres é similar, com apresentação bimodal nas idades de 20 a 29 anos e de 50 a 59 anos. A mulher em idade reprodutiva é afetada duas a quatro vezes mais que o homem da mesma idade, e a mulher grávida é de 3,3 vezes mais do que as mulheres que não estão. (CHÁVEZ et al., 2004)

A paralisia facial decorrente de trauma ao nervo facial é uma condição clínica relativamente comum (FARIA et al., 2006). As paralisias faciais traumáticas são a segunda causa mais frequente de suas etiologias, somente ficando atrás dos casos ditos idiopáticos (PINNA, TESTA, FUKUDA, 2004; COSTA et al., 2006).

Diversos estudos colocam as causas traumáticas entre 19 a 40% de todas as PFP. Esses dados são muito variáveis, em função das instituições terem ou não serviços de atendimento de emergência. A PFP traumática apresenta-se com evolução clínica mais grave do que a paralisia de Bell. O comprometimento do nervo facial geralmente é maior e não é incomum a seqüela funcional da musculatura da face (LAZARINI, 2005).

Dentro do crânio, o nervo pode ser comprometido por tumores, aneurismas, infecções meníngeas, leucemia, osteomielite, herpes zoster, doença de Paget e sarcomas ou outros tumores ósseos. Ocasionalmen-

te, ele é comprometido no curso de uma polineurite generalizada, o que é comum na hanseníase, síndrome de Guillain-Barré ou polineuropatia diftérica, mas raro nas neuropatias diabéticas ou alcoólicas. A parte periférica do nervo pode ser comprimida por tumores da glândula parótida. A paralisia facial é rara na caxumba, mas comum na sarcoidose. Uma paralisia facial bilateral pode ser causada por muitas das afecções que produzem paralisias unilaterais, porém é mais comum na sarcoidose, síndrome de Guillain-Barré, hanseníase, leucemia e meningite meningocócica. O núcleo facial pode ser lesado por tumores, lesões inflamatórias, lesões vasculares, poliomielite aguda e esclerose múltipla (LANGE, TRAJABORG, ROWLAND, 2002).

O envolvimento do osso temporal e do nervo facial por neoplasia é pouco frequente, representando menos de 5% das causas de paralisia facial periférica, sendo os tumores malignos ainda mais raros (TIAGO et al., 2007). Nos casos de paralisia facial secundária, as neoplasias em geral se apresentam com mau prognóstico progressivo, sem melhora alguma com a terapia utilizada, o que é incomum nos casos de paralisia de Bell. Entretanto, pode haver atraso no diagnóstico etiológico, agravando, dessa forma, o prognóstico do paciente. Nesses casos, é mandatória a realização de exames complementares, em especial, a Ressonância Magnética (BRODSKYN et al., 2009).

### Sinais e sintomas da paralisia facial periférica

A integridade do nervo facial apresenta papel relevante no contexto social e individual (FARIA et al., 2006; CAMPOS, GUTIÉRREZ, 2006).

A paralisia ocasiona uma assimetria da face ou imobilidade, modificando a expressão fisionômica do paciente, onde se tem um dano funcional e estético (LANGE, TRAJABORG, ROWLAND, 2002; TESSITORE, PFELSTICKER, PASCHOAL, 2008).

Os sinais e sintomas da lesão de nervos dependem do tipo de nervo atingido. Se o nervo for principalmente motor, a consequência é uma paralisia flácida. Se o nervo contiver fibras sensitivas, a consequência é a perda da sensação numa área, que geralmente é menor do que a distribuição anatômica desse nervo (LANGE, TRAJABORG, ROWLAND, 2002).

O acometimento resulta em paralisia completa ou parcial da mímica facial e pode estar associado a: distúrbios da gustação, salivação e lacrimejamento, hiperacusia e hipoestesia no canal auditivo externo (GARANHANI et al., 2007; VALENÇA, VALENÇA, LIMA, 2001).

O paciente apresenta também dificuldades para mastigar, assoprar ou assobiar; pode ocorrer disartria (dificuldades em pronunciar as consoantes labiais e labiodentais) (SOARES, SILVA, BERTOLINI, 2002).

Os pacientes com sequela de uma paralisia facial de longa duração geralmente tem problemas de comunicação. Esses pacientes mostram uma face ambígua ou com tendência a má interpretação do estado emocional. Sabe-se que a expressão facial é importante para a comunicação e o auto-reconhecimento, fundamental para o senso de identificação e habilidade de integração social, uma vez que a face é a primeira forma de reconhecimento do ser humano (FREITAS, GOMES, 2008; BARROS, MELO, GOMES, 2004).

A compreensão da origem deste distúrbio e a sua mais breve recuperação favorecem o reequilíbrio psíquico e a reintegração do indivíduo ao seu ambiente de convívio (LAZARINI et al., 2002).

Sua manifestação unilateral pode acarretar alteração da simetria facial, fechamento ocular incompleto com ou sem repercussão oftálmica, dificuldade de deglutição e de articulação de certos fonemas, entre outros problemas. Portanto, essa afecção traz consequências individuais e sociais relevantes, suscitando grande esforço na tentativa de compreender os diversos fatores que envolvem a lesão do nervo facial, sua regeneração e reparo, para assim amenizar essas consequências (FARIA et al., 2006).

### Tratamento fisioterapêutico na paralisia facial periférica

Após a lesão de um nervo, as alterações patológicas dependem da natureza da injúria, que também influencia a resposta regenerativa e o prognóstico quanto à recuperação. O grau dessa recuperação depende da idade do paciente, do tipo de lesão, da etiologia, nutrição do nervo, comprometimento neuromuscular e terapêutica instituída, podendo ocorrer em algumas semanas, até quatro anos. O tratamento da paralisia facial periférica requer abordagem médica, fisioterapêutica e fonoaudióloga (MARINHO JUNIOR, RAVAGNANI, MOURA, 2007; GARANHANI et al., 2007).

A escolha entre um tratamento clínico ou cirúrgico é um processo que sofre mudanças ao longo da evolução da doença. Meios diagnósticos e prognósticos cada vez mais precisos influenciam decisivamente nessas opções terapêuticas (LAZARINI, 2005).



Assim sendo, o tipo de lesão a qual o nervo é submetido tem fundamental importância no processo de regeneração e na conduta a ser tomada (FARIA et al., 2006).

A PFP requer tratamento especializado e a atuação fisioterapêutica tem como objetivo restabelecer a expressão da mímica facial, sendo indispensável para recuperar o trofismo, a força e a função muscular (CIBUSKIS JUNIOR et al., 2007).

A mímica na fisioterapia possibilita um rápido avanço na musculatura orofacial e minimiza os problemas com a alimentação, fala e integração social (RAHAL, OFFI-GOMEZ, 2007; TESSITORE, PFELSTICKER, PASCHOAL, 2008).

Os principais recursos da fisioterapia aplicados são cinesioterapia, massoterapia, crioterapia, termoterapia e eletroterapia. (GARANHANI et al., 2007).

As técnicas de facilitação neuromuscular proprioceptivas podem ser definidas como métodos de promover ou precipitar a reação do mecanismo neuromuscular, através de estimulação dos proprioceptores. Várias técnicas de facilitação neuromuscular proprioceptivas são aplicadas nos movimentos faciais, tais como, pressões, estiramento, resistência, reforço, contrações repetidas e inversão de antagonistas. O fisioterapeuta deve usar as pontas dos dedos como contato manual. Os movimentos mais fortes são resistidos a fim de estimular e reforçar os movimentos mais fracos (VOSS et al., 1987).

Os exercícios de treinamento neuromuscular da mímica facial são usados para melhorar a simetria da face. Dentre os métodos de tratamento tanto a termoterapia como a crioterapia apresentam resultados satisfatórios, onde a crioterapia tem o objetivo de estimular os pontos motores para a obtenção da contração muscular na fase flácida, porém a termoterapia proporciona relaxamento muscular na hemiface não afetada (GARANHANI et al., 2007), promove o aumento da circulação local, maior extensibilidade de tecidos moles e diminuição de resistências dérmica (CIBUSKIS JUNIOR et al., 2007).

A estimulação elétrica é um recurso que pode ser utilizado na prática fisioterapêutica. Normalmente utiliza-se no início do tratamento quando a musculatura ainda encontra-se muito flácida, e deve ser interrompida com o reaparecimento dos primeiros movimentos voluntários. É recomendada após oito semanas de instalação da PFP para a manutenção do trofismo muscular e propriocepção. Antes desse período pode levar à alterações neuromusculares (CIBUSKIS JUNIOR, et al., 2007). Entretanto, a eletroterapia pode ser responsável por um aumento de tetanias e hipertônias que, por sua

vez, desencadeiam sincinesias. Por este motivo, essa modalidade não tem sido explorada. É dada a preferência ao trabalho muscular e técnicas de alongamento muscular (GARANHANI et al., 2007).

Estudos apontam que deve ser utilizada massagem de relaxamento na musculatura sadia e massagem intraoral bilateralmente (CIBUSKIS JUNIOR et al., 2007; GARANHANI et al., 2007).

As orientações têm como intuito dar informações que possam auxiliar no tratamento desenvolvido no setor de Fisioterapia. Exercícios de mímica facial são prescritos assim como orientações de cuidados com o olho afetado que precisa ser protegido no momento do banho e até mesmo durante o sono (GARANHANI et al., 2007).

## Conclusão

Após a revisão da literatura, constata-se que a Paralisia Facial Periférica caracteriza-se por uma lesão do nervo facial que altera as funções da musculatura da face, podendo ser causada por fatores de origem idiopática, traumática, iatrogênica, infecciosa, tumoral, congênita, metabólica ou tóxica, porém o diagnóstico etiológico permanece indefinido em um grande número de casos.

A integridade do nervo facial, responsável pela inervação dos músculos da mímica, apresenta papel relevante no contexto social e individual. Funções fisiológicas importantes tais como o lacrimejamento, a proteção ocular, a ingestão de alimentos e a salivação dependem desta integridade, cujas disfunções geram incapacidades físicas e psicológicas pelas várias mudanças ocasionadas no cotidiano de seus portadores após à sua lesão.

A precisão e a precocidade no diagnóstico são fundamentais para o adequado tratamento e reabilitação facial. Fatores como início e duração do tratamento, idade do paciente, tipo e grau de lesão, acompanhamento posterior e inclusão dos pacientes podem influenciar na obtenção de resultados positivos. Os principais efeitos alcançados são a melhora do controle e da coordenação do movimento e a redução da assimetria e sincinesia, por um processo de aprendizado motor.

Técnicas cirúrgicas e tratamento medicamentoso podem minimizar os déficits físicos, porém raramente melhoram a função facial com respeito ao controle muscular e a simetria da expressão. Diante disso, fica evidente a importância de programas de reabilitação específicos para as desordens neuromotoras da face, para que seja alcançado o sucesso no tratamento.

## Referências bibliográficas

- BARROS, J.N.; MELO, A.M.; GOMES, I.C.D. Paralisia Facial Periférica – Prognósticos. **Revista CEFAC**, vol. 6, n. 2, p. 184-8, São Paulo, Abr/Jun, 2004.
- BENTO, R. F., PIRANA, S., NETO, R. V. B. et al. O Papel do Acesso Via Fossa Média no Tratamento da Paralisia Facial Traumática. **Revista Brasileira Otorrinolaringologia**, vol. 70, n. 4, p. 484-93, jul/ago, 2004.
- BRODSKYN, F.; YONAMINE, F. K.; OLIVEIRA, C. G. et al. Paralisia facial periférica como manifestação inicial de neoplasia oculta metastática. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, vol. 75, n. 3, p. 467, mai/jul, 2009.
- CALAIS, L.L.; GOFFI-GOMEZ, M.V.S.; BENTO, R.F. et al. Avaliação Funcional da mímica na paralisia facial central por acidente cerebrovascular. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, vol. 17, n. 2, p. 213-22, mai/ago, 2005.
- CAMPOS, O.; GUTIÉRREZ, T. Parálisis facial permanente: tratamiento quirúrgico en base a la técnica de Labbé\* Permanent facial paralysis: surgical treatment on the base of Labbé's technique. **Revista Chilena de Cirugía**. vol. 58, n. 2, p. 159 – 164, Abr, 2006.
- CHÁVEZ, E.P.; MARTÍNEZ, C.G.; GONZALES, J.M.G. et al. Guía Clínico para la rehabilitación del paciente com parálisis facial periférica. **Revista Médica Del IMSS**, vol. 42, n. 5, sep/oct, 2004.
- CIBUSKIS JÚNIOR. P.; SANTOS, N.P.; OLIVEIRA L.H. et al. **Fisioterapia na paralisia facial periférica: estudo de caso**. 2007. 5 f. tese Departamento de Fisioterapia, Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, Minas Gerais, 2007.
- COSTA, H. J. Z. R., SILVA, C.F., KORN, G.P. et al. Regeneração pós-traumática do nervo facial em coelhos. **Revista Brasileira Otorrinolaringologia**, vol. 72, n. 6, p.786-93, nov./dez., 2006.
- FARIA, S. D.; TESTA, J. G.; BORIN, A. B. et al. Padronização das técnicas de secção do nervo facial e de avaliação da mímica facial em ratos. **Rev Bras Otorrinolaringologia**, vol. 72, n.3, p. 341-7, mai/jun, 2006.
- FREITAS, K.C; GOMES, M.V. Grau de percepção e incômodo quanto à condição facial em indivíduos com paralisia facial periférica na fase de sequelas. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, vol.13, n.2, abr/jun, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-80342008000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342008000200004)>. Acesso em: 03 abr. 2009.
- GARANHANI, M.R.; CARDOSO, J.R.; CAPELLI, A.M.G. et al. Physical therapy in peripheral facial paralysis: retrospective study **Revista Brasileira Otorrinolaringologia**, vol. 73, n. 1, p. 112-5, 2007.
- KENDALL, F. P.; Mc CREARY, E. K.; PROVANCE, P. G. et al. **Músculos Provas e Funções**. 5ªed. São Paulo: Manole, 2007.
- KESSE, C. A., CRUZ, O. L. M., LEONHARDT, F. D. et al. Valor Prognóstico de Dados Clínicos em Paralisia de Bell. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, vol. 71, n. 4, jul/ago, 2005.
- LANGE D.J; TRAJABORG W.; ROWLAND L. P. Lesões de Nervos Periféricos e Cranianos. In: ROWLAND L. P. **Merrit: Tratado de Neurologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- LAZARINI, P.R. Tratamento da paralisia facial periférica pós-trauma craniocerebral. **Técnicas em Otorrinolaringologia**, vol. 23, n.3, p. 6-13, abr/set, 2005.
- LAZARINI, P.R; FERNÁNDEZ, A.M.F.; BRASILEIRO, V.S.B. et al. Paralisia facial periférica por comprometimento do tronco cerebral: a propósito de um caso clínico. **Revista Brasileira Otorrinolaringologia**, vol. 68, n. 1, p. 140-4, mai, 2002.
- LEÓN, A.; BRUZZONE, R.; SCAVONE, C.; et al. Parálisis facial periférica aguda idiopática en niños. **Arch Pediatr Urug**, vol.77, n. 1, abr, 2006.
- MARINHO JUNIOR, C.; RAVAGNANI, L. V.; MOURA, G. M. **Atuação fisioterapêutica com eletroestimulação na paralisia facial periférica**. 2007. 12 f. Tese Centro Universitário Católica Salesiano Auxilium de Araçatuba. Disponível em: <[http://www.salecianoata.br/facudades/noticias/592/fisio/tcc\\_2007.pdf#page=222](http://www.salecianoata.br/facudades/noticias/592/fisio/tcc_2007.pdf#page=222)>. Acesso em: 03 abr. 2009.
- MOLINA, M.; CEDILLO, M.; SAKKAL, A. et al. Paralisia de Bell. **Acta Odontológica Venezolana**, vol.39, n. 1, jan., 2001.
- OCZKOWSKI, W. Early treatment with prednisolone, but not acyclovir, promoted complete recovery of facial-nerve function in Bell palsy. **ACP Journal Club**, vol. 148, n. 2, p. 29. mar/apr, 2008. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18311859&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 09 ago. 2009.
- PINNA, B.R.; TESTA, J.R.G.; FUKUDA, Y. Estudo de paralisias faciais traumáticas: análise de casos clínicos e cirúrgicos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, vol. 70, n. 4, Jul/Ago, 2004.
- QUINTAL, M.; TESSITORE, A.; PASCHOAL, J.R. et al. Quantificação de Paralisia Facial com Paquímetro Digital. **Revista CEFAC**, vol. 6, n. 2, p. 170- 6, Abr/Jun, 2004.



RAHAL, A.; GOFFI-GOMEZ, M.V.S. Avaliação eletromiográfica do músculo masseter em pessoas com paralisia facial periférica de longa duração. **Revista CEFAC**, vol. 9, n. 2, Abr/Jun, 2007.

SOARES, A.C.C.; SILVA, L.R.; BERTOLINE, S. M. M. G. Atuação da Fisioterapia na Paralisia Facial Periférica: Relato de Caso. **Arquivo Ciência Saúde Unipar**, vol. 6, n. 3, set/dez, 2002.

TESSITORE, A.; PFELSTICKER, L.N.; PASCHOAL, J.R. Aspecto neurológico da musculatura facial visando a reabilitação na paralisia facial. **Revista CEFAC**, vol.10, n.1, Jan/Mar, 2008.

TESTA, J. R. G.; VICENTE, A. O.; ABREU, C. E. C. *et al.* Colesteatoma causando paralisia facial. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, vol. 69, n. 5, p. 657-62, set/out, 2003.

TIAGO, R. S. L.; PIO, M. R. B.; SILVA, M. N. *et al.* Tumor neuroectodérmico primitivo periférico: caso raro de paralisia facial periférica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, vol. 73, n. 1, p. 142, jan/fev, 2007.

TOUCHE, R.; ESCALANTE, K.; LINARES, M.T. *et al.* Efectividad del tratamiento de fisioterapia em la parálisis facial periférica. Revisión sistemática. **Revista de Neurologia**, vol. 46, n. 12, p. 714-18, 2008.

VALENÇA, M.M.; VALENÇA, L. P. A. A.; LIMA, M. C. M. Paralisia facial periférica idiopática de Bell. **Arquivo de Neuro – Psiquiatria**, vol. 59, n. 3, set., 2001.

VÁZQUEZ, M.C.; SÁNCHEZ, N.; CALVO, J. *et al.* Eficacia de los antivirales en la parálisis de Bell. **Revista Medica Uruguay**, vol. 24, n. 3, p. 167-174, Set, 2008.

VOSS, D.E.; IONTA, M.K.; MYERS, B.J. *et al.* **Facilitação Neuromuscular Proprioceptiva – Padrões e técnicas**. 3ª ed. São Paulo: Panamericana, 1987.