

PARALISIA FACIAL BILATERAL E DIABETE

REGISTRO DE UM CASO

J. FORTES-RÊGO *

Nos últimos anos temos dedicado especial atenção a um aspecto que se nos afigura relevante da literatura médica. Trata-se da inobservância — infelizmente em grande escala — das normas e preceitos das línguas vernáculas, associada a desmesurada e injustificável ampliação conceitual de várias doenças ou síndromes, a ponto de descaracterizá-las por completo, gerando assim controvérsias intermináveis que só entram o evoluir do conhecimento em cada caso^{3,4,5}. Esta pequena digressão impõe-se, neste ensejo, pelo freqüente enleio na caracterização da paralisia facial *bilateral*, muita vez confundida com a paralisia *alternante*, como logo veremos. Destarte, comecemos por defini-las. A paralisia alternante é *unilateral*, apresentando, necessariamente, um *intervalo livre* variável entre os episódios de acometimento dos músculos na dependência do sétimo par — às vezes de muitos anos —, enquanto na bilateral a prosopoplegia instala-se *simultaneamente* nos dois lados. Sirva como ilustração, da mencionada confusão, o trabalho de Jacques e col.⁷ intitulado “Paralisia de Bell alternante associada com diabetes mellitus”, em que os autores discutem 4 casos de semelhante associação, nos quais o lapso transcorrido entre o primeiro e o segundo episódios variou de 5 meses a 9 anos. Contudo, nos “comentários”, eles se limitam a discutir as causas da “paralisia facial *bilateral*” e, na “conclusão”, afirmam: “Apresentamos aqui 4 casos de paralisia facial *bilateral alternante*...” (os grifos são nossos). Patenteada está a total incongruência da junção de dois atributos que mutuamente se excluem, conforme acabamos de expor. Em outras palavras: uma paralisia facial poderá ser alternante, ou bilateral; jamais as duas coisas a um só tempo. Ressalte-se ainda, *en passant*, outra imperfeição, que consiste em qualificar como “paralisia de Bell” uma paralisia de etiologia conhecida.

O objetivo deste trabalho é registrar a ocorrência de paralisia facial bilateral em paciente diabética, com alguns aspectos interessantes, como veremos mais adiante.

OBSERVAÇÃO

A.R.D., sexo feminino, 68 anos, foi-nos referida do Rio de Janeiro, onde reside, em face de uma paralisia facial periférica bilateral instalada, subitamente, em 1980,

Disciplina de Neurologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. * Professor.

havendo consultado pela primeira vez a Neurologia do Hospital Universitário de Brasília em 12-06-84. Contou então que, após discreta melhora verificada nos primeiros 30 dias da instalação do quadro, a paralisia havia-se estabilizado, em que pese aos diversos esquemas de tratamento (medicamentoso e físico) a que se submetera no Rio de Janeiro. Entre os antecedentes familiares mencionou duas irmãs diabéticas. O exame clínico geral era normal. O exame neurológico revelava, de anormal: ausência de contração dos músculos frontal e superciliar bilateralmente; intensa debilidade dos orbiculares das pálpebras, com lagofalmo bilateral; reflexos nasopalpebral e corneopalpebral abolidos em ambos os lados; os músculos do território inferior estavam igualmente comprometidos bilateralmente; acentuada hipoestesia tátil e vibratória nas porções distais dos membros inferiores («em botas»); disestesia plantar bilateral. Exames complementares alterados — colesterolemia (300 mg/100 ml) e curva glicêmica clássica com os seguintes valores: 95 (em jejum), 192, 270, 140 e 100, respectivamente, aos 30, 60, 120 e 180 minutos da ingestão da solução de açúcar. Tratamento: apenas dietético, orientado por especialista.

COMENTARIOS

Diferentemente da forma unilateral, a paralisia facial bilateral é de ocorrência rara. Muitas das grandes casuísticas sobre paralisia facial periférica não a mencionam, exemplo da série de 856 casos de Adour e Wingerd¹. El-Ebiary² a nega explicitamente num total de 580 pacientes, enquanto May e Hardin³ consideram-na inexistente. Quase invariavelmente vincula-se a etiologia estritamente determinada, significando comumente apenas um elemento no contexto sintomático de entidades clínicas mais complexas, como se depreende da extensa classificação etiológica estabelecida por Hora e Elwell⁶, modificando classificação original de Ganz. Ademais, em tais situações, só excepcionalmente ocorre de forma “pura”, isto é, sem outras manifestações neurológicas associadas. Nossa casuística registra 5 casos de diplegia facial “pura”, das quais apenas uma pode ser catalogada como paralisia facial bilateral isolada, isto é, sem a concomitância de nenhuma outra condição nosológica — localizada ou sistêmica — de qualquer etiologia. As outras 4 estavam associadas, individualmente, com síndrome de Guillain-Barré-Strohl, traumatismo craniocéfálico com fratura de base, herpes simples na convalescença de meningite meningocócica e diabete melito.

O eventual papel do diabete na gênese da paralisia facial periférica unilateral é por demais controverso, oscilando as opiniões desde a enfática negação do fato¹¹ até à cabal convicção de que a presença daquela pode ser detectada em até 66% dos casos desta⁸. Mais convincentes parecem ser os números oferecidos — incluindo os deste autor — sobre essa associação especificamente no que concerne à paralisia recorrente. Com efeito, dos nossos poucos pacientes com esta modalidade de paralisia, 50% resultaram ser diabéticos, com o transtorno metabólico, em geral, sendo evidenciado a partir da neuropatia facial³. No que tange à paralisia bilateral, este papel é menos expressivo, ou, pelo menos, tem merecido menor atenção; para isso contribui, sem dúvida, a rareza de sua ocorrência. Naufal e Schuknecht¹⁰, a propósito de uma paciente diabética que apresentou múltiplos episódios de paralisia unilateral — recorrente ou

alternante —, ora do III, ora do VII, ora do VIII nervo, efetuaram revisão da literatura, encontrando alguns casos de paralisia facial bilateral (em pacientes igualmente diabéticos) sempre em associação com a de outros nervos, notadamente os oculomotores; em um apenas, registrado por Joslin e col., poderia ter havido paralisia bilateral exclusiva do facial, não sendo a citação de todo clara. Explicitamente não encontramos um caso sequer de semelhante associação na literatura a nosso alcance. Mas o aspecto mais interessante do presente caso refere-se à evolução da paralisia. Estabilizada por um período de tempo que se estendia por quase 4 anos, aos 30 dias de instituído o tratamento da doença básica, já denotava um início de recuperação, tendência esta que se vem confirmando com o transcorrer do tempo. Por último, cabe ressaltar os quatro indícios que orientaram para o diagnóstico de diabetes na paciente que ora se discute: a "avidez" que ela dizia ter pelo açúcar, a má evolução da paralisia facial, a coexistência de uma polineurite sensitiva nos membros inferiores e os antecedentes familiares da dismetabolia.

Como conclusão, pensamos não só que o diabetes determinou o surgimento da paralisia facial bilateral e da polineurite, mas também que a falta do seu controle adequado (por não haver sido diagnosticado antes) impedia a melhor evolução da paralisia.

RESUMO

É apresentado o caso de uma paciente de 68 anos de idade portadora de paralisia facial bilateral estabilizada por quase 4 anos. Uma melhora clínica tem-se evidenciado a partir do estabelecimento do diagnóstico de diabetes melito, quando se pôde instituir o devido tratamento.

SUMMARY

Bilateral facial paralysis in diabetes mellitus: a case report.

The author presents the case of a 68-year-old white woman who presented bilateral facial paralysis in the course of an undiagnosed diabetes mellitus. The paralysis remained stable for four years and as soon as the diabetes was treated, her symptoms improved.

REFERÊNCIAS

1. ADOUR, K.K. & WINGERD, J. — Idiopathic facial paralysis (Bell's palsy): factors affecting severity and outcome in 446 patients. *Neurology* 24:1112, 1974.
2. EL-EBIARY, H.M. — Facial paralysis: a clinical study of 580 cases. *Rheum. Phys. Med.* 11:100, 1971.
3. FORTES-RÊGO, J. — Paralisia facial periférica isolada: uma condição controversa. Diplomata Editora, 1981. Distr. Ed. Pedagógica e Universitária, E.P.U. São Paulo.
4. FORTES-RÊGO, J. — Editorial — Questões médicas: linguagem, conceituação clínica, nomenclatura e prioridade. *Rev. bras. Med.* 40:365, 1983.
5. FORTES-RÊGO, J. — Síndrome de Melkersson: um exemplo de descaracterização. *Neurobiologia (Recife)* 47:55, 1984.

6. HORA, J.F. & ELWELL, R.H. — Facial diplegia. Arch. Otolaryngol. 83:329, 1966.
7. JACQUES, S.; TRIPPI, A.C. & SHELDEN, H. — Alternating Bell's palsy associated with diabetes mellitus. Bull. Los Ang. neurol. Soc. 41:78, 1976.
8. KORCZYN, A.D. — Bell's palsy and diabetes mellitus. Lancet 1:108, 1971.
9. MAY, M. & HARDIN Jr., W.B. — Facial palsy: interpretation of neurologic findings. Trans. amer. Acad. Ophthalmol. Otolaryngol. 84:710, 1977.
10. NAUFAL, P.M. & SCHUKNECHT, H.F. — Vestibular, facial and oculomotor neuropathy in diabetes mellitus. Arch. Otolaryngol. 96:468, 1972.
11. SANCHEZ FERNANDEZ, J.M.; RIVERA POMAR, J.M.; MARCO, J. & LOPEZ CAMPOS, J.L. — Macroscopic and ultrastructural findings in some diseases of the facial nerve. Arch. Otolaryngol. 83:211, 1977.

Disciplina de Neurologia, Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade de Brasília — 70.910, Brasília, DF - Brasil.