

Relação da presença de hiperacusia em pacientes com paralisia facial periférica de Bell

Hyperacusis and peripheral facial paralysis correlation (Bell's palsy)

Raquel Ysabel Guzmán Liriano¹, Sandra Lira Bastos de Magalhães², Flávia Barros³, José Ricardo Gurgel Testa⁴, Yotaka Fukuda⁵

Palavras-chave: paralisia de Bell, hiperacusia.
Key words: facial paralysis (Bell's palsy), hyperacusis.

Resumo / Summary

A paralisia de Bell é uma paralisia facial unilateral de início súbito e de causa desconhecida. Pode afetar a salivação, o paladar e o lacrimejamento dependendo do topografia do acometimento do nervo facial, e os pacientes podem referir hipersensibilidade auditiva. Nos pacientes com paralisia de Bell, o reflexo estapediano está ausente. Objetivo: O objetivo desta investigação foi o de verificar se os pacientes com paralisia de Bell apresentam hiperacusia. Forma de estudo: Clínico prospectivo. Material e Método: Foram examinados 18 pacientes aleatórios apresentando paralisia facial periférica de Bell. Foi realizada avaliação otorrinolaringológica completa, teste de Hilger, teste de Schirmer, gustometria, audiometria tonal e vocal, imitanciometria e teste de desconforto auditivo. A faixa etária entre 31 e 40 anos foi a mais afetada pela PFP nesta amostra. Resultado: Os pacientes do sexo feminino foram os mais afetados estando acometidos em 61% dos casos. A hemiface direita foi acometida em 56% dos casos. O grau de acometimento local mais encontrado foi o grau IV em 44% dos casos e os graus III e V em 28% dos casos cada. A queixa de hiperacusia esteve presente em apenas um paciente, o que representa 5,5% dos casos. Todos os pacientes estudados apresentaram diminuição nos gráficos audiométricos do limiar de tolerância auditiva, sendo que o reflexo estapediano protege, em média 16 dB, nestes pacientes. Conclusão: Portanto, concluímos que pacientes com paralisia de Bell apresentam clinicamente queixas de hiperacusia semelhantes da população geral, porém, audiometricamente, o limiar de tolerância auditivo no lado paralisado é menor do que em relação ao do lado normal.

Bell's palsy is a unilateral facial paralysis of sudden onset and unknown causes. It may affect salivation, taste and lacrimation depending on the site of facial nerve involvement. Patients can report supersensitive hearing. The stapedius reflex is absent in-patients with Bell's palsy. Aim: The objective of this study was to check if patients with Bell's palsy present hyperacusis. Study design: Clinical prospective. Material and Method: Eighteen patients with peripheral facial paralysis were randomly selected and examined. A complete ENT evaluation was performed, including Hilger facial nerve stimulator, Schirmer's test, electrogustometry, pure tone testing, speech audiometry, imittance testing and uncomfortable loudness levels. The group aged 31-40 years was the most affected by peripheral facial paralysis in this sample. Results: The incidence was higher in females (61%). The right side of the face was involved in 56% of patients. As to local involvement, grade IV was observed in 44% of cases and grades III and V in 28% of patients each. Only one patient (5.5%) complained of hyperacusis. All patients studied presented reduced tolerance threshold in the audiometric graphs, and the stapedius reflex protects these patients, in average, by 16dB. Conclusion: Therefore, we could conclude that the frequency of complaints of hyperacusis in-patients with Bell's palsy is similar to that of the general population; however, in audiometric terms, the tolerance threshold in the paralyzed side is lower as compared with the normal side.

¹ Médica Pós-Graduada da Disciplina de Otorrinolaringologia Pediátrica da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

² Residente do Serviço de otorrinolaringologia do segundo ano da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP e Membro do Clube do Osso Temporal da Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina – UNIFESP-EPM/SP.

³ Fonoaudióloga da Disciplina de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina – UNIFESP-EPM/SP.

⁴ Professor-Doutor Afiliado da Disciplina de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina – UNIFESP-EPM/SP.

⁵ Professor Associado, Livre Docente da Disciplina de Otorrinolaringologia e Membro do Clube do Osso Temporal da Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina – UNIFESP-EPM/SP.

Endereço para correspondência: Raquel Ysabel Guzmán Liriano – Rua Botucatu 221 ap. 56 Vila Clementino 04023-060 São Paulo SP.

Tel (0xx11) 5549-8472 – E-mail: raquelliriano@bol.com.br

Instituição: Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina – UNIFESP-EPM/SP

Artigo recebido em 14 de setembro de 2004. Artigo aceito em 10 de novembro de 2004.

INTRODUÇÃO

A paralisia de Bell é uma paralisia facial unilateral de início súbito e de causa desconhecida. Esta patologia é muito freqüente no pronto-socorro de otorrinolaringologia exatamente pelo seu aparecimento súbito e por deixar os pacientes extremamente angustiados e preocupados com a evolução do quadro e com sua causa.

Pode ser precedida por dor na região do pavilhão auricular ou por situação de estresse, ansiedade e, posteriormente, por depressão e angústia.

A fase se apresenta sem expressão facial do mesmo lado, acometido estando a musculatura facial desviada para o lado contralateral. Pode afetar a salivação, o paladar e o lacrimejamento, dependendo do topografia do acometimento do nervo facial. Os pacientes podem referir hipersensibilidade auditiva¹, sendo este o sintoma a ser estudado nestes pacientes.

Nos pacientes com paralisia de Bell, o reflexo estapediano pode estar ausente. Perlman (1938)² & Tschiasny (1994)³ relataram casos de pacientes com paralisia de Bell que referiam hiperacusia e eles concordaram que a causa da hiperacusia nestes pacientes teria sido a ausência do reflexo estapediano. O reflexo é derivado da contração bilateral do músculo estapediano, na orelha média, em resposta a sons intensos, o que ocorre por volta de 85 dB NA.

A hiperacusia é definida como uma hipersensibilidade do som comum do dia-a-dia, percebido com insuportável, forte ou doloroso (Schwade, 1985)⁴, (Sammeth, Preves & Branby, 1997)⁵.

Marriage & Barnes (1995)⁶ classificaram a hiperacusia em periférica e central. A hiperacusia periférica ocorre quando o reflexo estapediano está ausente e o som é percebido de maneira intensa. A hiperacusia central acontece para hipersensibilidade a sons específicos, não necessariamente intensos, decorrente de disfunção da serotonina.

Sahley, Nodar & Musick (1997)⁷ ressaltaram que a supressão e a redução da amplitude do potencial de ação do nervo é a maneira melhor para documentar a ativação das fibras eferentes mediais.

As vias eferentes poderiam estar envolvidas na explicação da hiperacusia, sendo que o mecanismo de proteção auditiva contra os sons intensos, por algum motivo, é desativado e as ondas sonoras que alcançariam a orelha interna, de algum modo, seriam amplificadas a caminho do cérebro.

O objetivo desta investigação é o de verificar se os pacientes com paralisia de Bell apresentam hiperacusia.

MATERIAL E MÉTODO

Foram examinados 18 pacientes aleatórios apresentando paralisia facial periférica de Bell, que procuraram o

ambulatório de paralisia facial do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital São Paulo – Escola Paulista de Medicina.

Para classificação dos pacientes foram determinados os seguintes critérios:

1. Exclusão de possíveis fatores que causariam a paralisia
2. Tempo de instalação da paralisia menor ou igual a uma semana
3. Ausência de doença da orelha média
4. Paciente sem tratamento medicamentoso até o momento

Foi realizada avaliação otorrinolaringológica completa, teste de Hilger, teste de Schirmer, gustometria, audiometria tonal e vocal, imitanciométrica e teste de desconforto auditivo com audiômetro Maico MA-41, classificação do grau da paralisia segundo a classificação de House (1993) e aplicação do protocolo para estudo dos dados da pesquisa. Todos os pacientes foram avaliados pela mesma médica e fonoaudióloga.

Todos os pacientes foram tratados com doses regressivas de prednisona.

Foi considerado como hiperacusia a hipersensibilidade ao som comum do dia-a-dia, percebido como insuportável, forte e doloroso.

RESULTADOS

Os achados presentes neste estudo evidenciaram que:

- A idade dos pacientes presentes no estudo variou entre 18 e 60 anos de idade, sendo a faixa etária entre 31 e 40 anos a mais afetada (Gráfico 1).
- Os pacientes do sexo feminino foram os mais afetados pela paralisia facial periférica, estando acometidos em 61% dos casos (Gráfico 2).
- A hemi-face direita foi acometida em 56% dos casos, sendo apenas um achado curioso, mas sem relevância do ponto de vista de prognóstico (Gráfico 3).
- O grau de acometimento, segundo a classificação de House, mais encontrado foi o grau IV em 44% dos casos e os graus III e V em 28% dos casos cada.

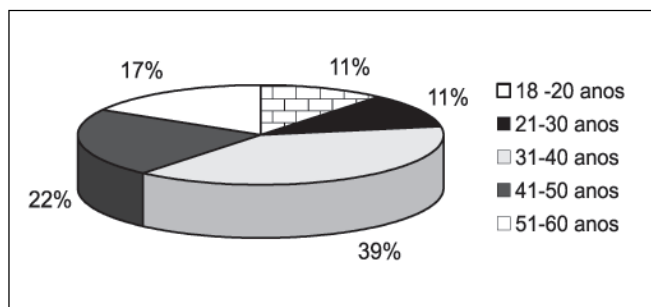


Gráfico 1. Pacientes (n= 18) com paralisia facial periférica em avaliação para presença de hiperacusia em relação à idade.

DISCUSSÃO

- A queixa de hiperacusia esteve presente em apenas um paciente, o que representa 5,5% dos casos.
- Todos os pacientes apresentaram diminuição nos gráficos audiométricos do limiar de tolerância auditiva, tendo o reflexo estapediano protegido, em média de 16 dB, nestes pacientes (Tabela 1).

A paralisia facial periférica de Bell é a causa mais frequente; a sua incidência varia segundo as publicações, podendo estar entre 11 e 12,8 novos casos por 100.000 habitantes⁸.

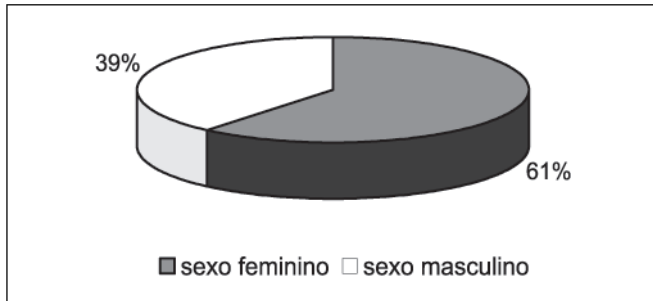


Gráfico 2. Pacientes (n= 18) com paralisia facial periférica em avaliação para presença de hiperacusia em relação ao sexo.

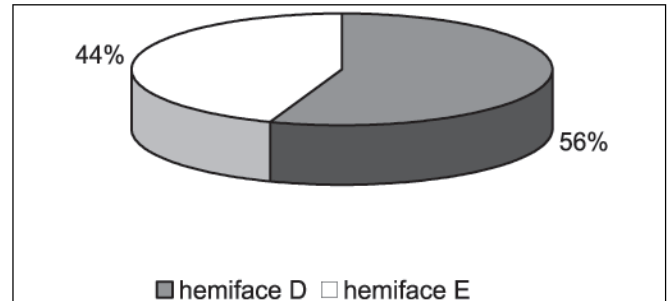


Gráfico 3. Frequência do lado acometido no pacientes com paralisia facial periférica.

Tabela 1. Limiar de desconforto auditivo nos ouvidos acometidos e nos ouvidos normais e suas médias (nas frequências de 500/1K/2K/4K).

em dB

Frequência / Ouvido	OUVIDO NORMAL				Média
	500	1K	2K	4K	
OE	100	120	120	120	115
OE	100	120	120	120	115
OE	95	100	100	100	99
OD	100	115	115	105	109
OD	100	120	120	120	115
OE	110	100	100	100	103
OD	110	120	120	120	118
OD	100	120	120	120	115
OE	100	110	110	120	110
OD	100	120	120	120	115
OE	100	110	120	120	113
OD	100	120	120	120	115
OE	100	120	120	120	115
OE	90	100	105	110	101
OD	110	120	120	120	118
OE	100	120	120	120	115
OE	100	100	110	120	108
Média	101	114	115	116	112

Frequência / Ouvido	OUVIDO AFETADO				Média
	500	1K	2K	4K	
OD	90	100	100	100	98
OD	80	85	90	95	88
OD	95	100	100	100	99
OE	90	100	115	100	101
OE	85	90	90	85	88
OD	80	85	90	90	86
OE	90	95	100	95	95
OE	90	95	90	90	91
OD	90	95	100	115	100
OE	95	105	95	100	99
OD	90	90	95	85	90
OE	90	100	110	100	100
OD	100	105	95	110	103
OD	100	100	95	110	101
OE	100	120	120	120	115
OD	85	90	90	85	88
OD	80	90	100	100	93
Média	90	97	99	99	96

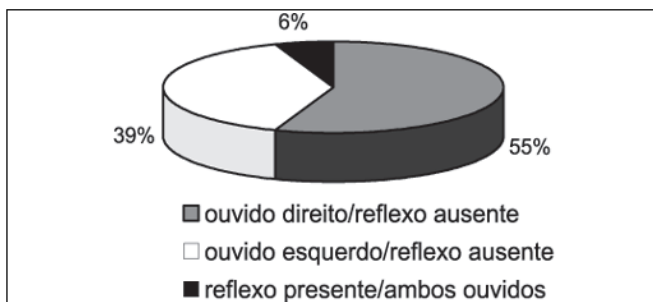


Gráfico 4: Correlação da ausência do reflexo estapediano nos pacientes com paralisia facial periférica.

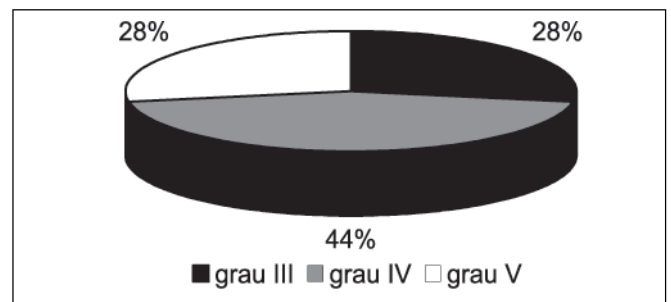


Gráfico 5. Frequência do grau da paralisia * (1ª consulta) segundo a classificação de House.

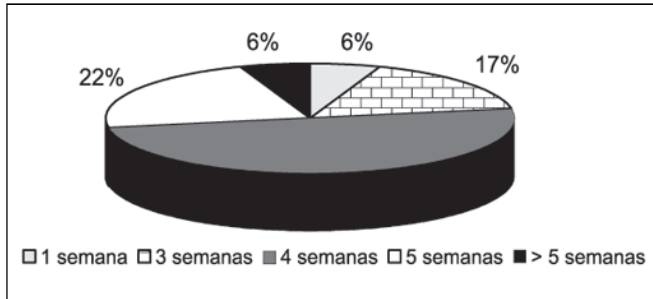


Gráfico 6. Tempo decorrido para retorno do reflexo estapediano após o início da paralisia facial periférica

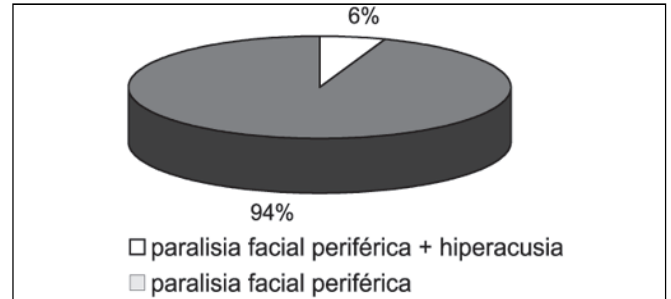


Gráfico 7. Frequência de hiperacusia nos pacientes com paralisia facial periférica.

Pode ser atribuída a uma causa vascular, mas os argumentos clínicos, experimentais e epidemiológicos sugerem que se trata de uma polineurite ocasionada pelo vírus herpes simplex afetando o nervo facial⁹.

Clinicamente, é de aparecimento brusco, com evolução em questão de horas, podendo ser observados pródromos: dor facial ou de localização faríngea, dor retroauricular e ainda alteração do paladar na hemi-língua afetada.

Quanto à queixa de hiperacusia, apenas um paciente (5,5%) referia queixa de desconforto auditivo, o que não difere das queixas referidas pela população geral. Portanto, a paralisia do músculo estapédio não influenciou no surgimento desta manifestação.

Comparando o limiar de desconforto auditivo no lado da paralisia em relação ao lado normal, verificamos que há diminuição do limiar de desconforto no lado paralisado. Logo, apresenta contradição entre a queixa do paciente e o achado audiométrico. Possivelmente se deve ao fato de que a diminuição do limiar de desconforto não é suficiente para causar manifestação clínica de hiperacusia.

CONCLUSÃO

Pacientes com paralisia de Bell apresentam clinicamente queixas de hiperacusia semelhantes à da população

geral, porém audiometricamente, o limiar de tolerância auditivo no lado paralisado é menor do que em relação ao do lado normal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Northern JL & Gabbard SA. The Acoustic Reflex. In: Katz J. (ed). Handbook of Clinical Audiology. 4th ed. Baltimore: Willian & Wilkins; 1994.
2. Perlman HB. Hyperacusis. Ann Otol Rhinol Laryngol 1938; 47:947-53.
3. Tschiasny K. Stapediolytic Phonophobia ("hyperacusis"). In: A Deaf Ear. Laryngoscope 1949; 59: 886-903.
4. Schwade S. Shedding Light on Supersensitive Hearing. Prevention 1995; 96: 91-9.
5. Sammeth CA, Preves DA, Branby WF. Hyperacusis: causes symptoms and treatment. Ft. Lauderdale: Instrutional Short Course at the AAA Convention; 1997. 4p.
6. Marriage J & Barnes NM. Is Central Hyperacusis a Symptom of 5-hydroxytryptamine (5-HT) Dysfunction. J Laryngol Otol 1995; 109:(10) 915-21.
7. Sahley TL, Nodar RH, Musiek FE. Clinical Relevance. In: Eferent Auditory System. San Diego: Singular Publishing Group; 1997. p. 7-24
8. Adour K. Medical Management of Idiopathic (Bell's) Palsy. Otolaryngol Clin North Am 1991; 24: 663-73.
9. Yanaquinara N. Incidency of Bell's palsy. Ann otol Rhinol Laryngol Suppl 1988; 137: 3-4.