

FRANCIMEIRE TAVARES RAMALHO AMORIM

**PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA: TRATAMENTO
ATRAVÉS DA ACUPUNTURA E FISIOTERAPIA.**

**RECIFE
PERNAMBUCO – BRASIL
2007**

FRANCIMEIRE TAVARES RAMALHO AMORIM

**PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA: TRATAMENTO
ATRAVÉS DA ACUPUNTURA E FISIOTERAPIA.**

Monografia apresentada ao Centro Integrado de Terapias Energéticas - CITE, como parte das exigências do curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Acupuntura, para obtenção do título de Especialização.

Orientador:
Prof. Heitor Casado

**RECIFE
PERNAMBUCO – BRASIL
2007**

FRANCIMEIRE TAVARES RAMALHO AMORIM

**PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA: TRATAMENTO
ATRAVÉS DA ACUPUNTURA E FISIOTERAPIA.**

Monografia apresentada ao Centro Integrado de Terapias Energéticas - CITE, como parte das exigências do curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Acupuntura, para a obtenção do título de especialização.

APROVADA em _____ de _____ de _____.

Professor _____

Professor _____

Prof. Heitor Casado
CITE
(Orientador)

**RECIFE
PERNAMBUCO – BRASIL
2007**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por colocar mais uma alegria em minha vida e ao amor incondicional da minha família que não mediram esforços para esta realização. Ao apoio e carinho constantes da minha irmã Nelma, mamãe, meu esposo, meus filhos, irmãos e amigos verdadeiros. E por fim, ao meu pai que de algum lugar participou comigo dessa nova conquista.

*“Você nunca recebe um desejo, sem também
receber a capacidade de torná-lo realidade.”*

RESUMO

A paralisia facial periférica é o acometimento total ou parcial dos músculos de uma hemiface provocando perda dos movimentos da musculatura da face, ou seja, uma paralisia dos músculos mímicos ocasionando uma assimetria da face ou imobilidade, modificando a expressão fisionômica do paciente onde se tem um dano funcional e estético. Não apresenta uma etiologia definida, porém esta associada a diversos fatores como os tumorais, traumáticos, congênitos, infecciosos, etc. Os sinais e sintomas que são característicos da paralisia facial periférica se devem ao acometimento do VII par craniano (nervo facial). A reabilitação do quadro atualmente é realizada por técnicas de fisioterapia e, aos poucos, com a integração da acupuntura. Independentemente do tratamento aplicado o objetivo é o retorno da expressão facial do paciente e em 80% dos casos se obtém a regressão das manifestações clínicas.

PALAVRAS – CHAVE: paralisia facial periférica, fisioterapia, acupuntura.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Nervo Facial (em vermelho sua parte motora) -----	12
Figura 2	Acesso anterior extradural transpetroso e transtentorial pela fossa média. -----	14
Figura 3	Grau de lesão do nervo. -----	15
Figura 4	Músculos da face que são acometidos numa lesão do nervo facial. -----	16
Figura 5	Neuroma no canal interno auditivo. -----	21
Figura 6	Exercícios para a reabilitação facial -----	25
Figura 7	Localização dos pontos E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7. -----	32
Figura 8	Localização do ponto E8. -----	32
Figura 9	Localização do ponto E36. -----	33
Figura 10	Localização do ponto IG2, IG3, IG4, IG6, IG7, IG10, IG11 -----	37
Figura 11	Localização do ponto IG19, IG20 -----	37
Figura 12	Localização do ponto VB12 -----	39
Figura13	Localização do ponto VB13, VB14 -----	39
Figura 14	Localização do ponto B1, B2. -----	40
Figura 15	Localização do ponto B8 -----	41
Figura16	Localização do ponto ID18 -----	41
Figura 17	Localização do ponto F3 -----	42
Figura 18	Localização do ponto VG16 -----	43
Figura 19	Localização do ponto VG27 -----	44
Figura 20	Localização do ponto VC24 -----	44

LISTA DE QUADROS

Quadro1	Avaliação através do Sistema de House – Brackman -----	23
---------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Ramos do Nervo Facial -----	14
----------	-----------------------------	----

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	VII NERVO CRANIANO	12
2.1	<i>Lesão no nervo craniano</i>	14
3.	ETIOLOGIA DA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA	17
3.1	<i>Congênita</i>	17
3.2	<i>Iatrogênica</i>	17
3.3	<i>Idiopática</i>	17
3.4	<i>Infecciosa</i>	18
3.5	<i>Metabólicas</i>	19
3.6	<i>Síndrome de Ramsey-Hunt</i>	20
3.7	<i>Tóxica</i>	20
3.8	<i>Traumática</i>	20
3.9	<i>Tumoral</i>	21
3.10	<i>Vasculares</i>	22
4.	AVALIAÇÃO CLÍNICA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA	23
5.	FISIOTERIA NO TRATAMENTO DA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA	25
6.	ACUPUNTURA NO TRATAMENTO DA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA	28
6.1	<i>Pontos extras</i>	45
7.	CONCLUSÃO	46
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

1. INTRODUÇÃO

O corpo humano apresenta diversas maneira de expressar suas vontades, seja pela fala, por gestos ou até mesmo pela expressão da facial. A face humana é parte essencial da comunicação humana e sua atuação depende de uma serie de músculos que são regidos por um sistema nervoso bem complexo.

A impossibilidade de utilizar a expressão de um dos lados da face, o comprometimento dos movimentos faciais e a desarticulação no momento da fala constituem uma desfiguração bastante significativa, sobretudo numa sociedade em que a estética relaciona-se diretamente com a aparência facial.

A paralisia facial periférica apresenta uma semiologia que está sujeita a um transtorno do VII par craniano (nervo facial) acarretando uma paralisia do conjunto dos músculos da face.

A lesão no nervo facial leva a alteração das funções fisiológicas como o **lacrimejamento** (o nervo facial é responsável pela inervação motora do saco lacrimal e da pálpebra, podendo acarretar, com a perda de tais funções, uma úlcera de córnea e a conseqüente cegueira); o **reflexo do músculo do estribo** (responsável pela proteção da orelha interna contra os sons de alta intensidade); o **nervo corda do tímpano** (responsável pela sensibilidade gustativa dos dois terços anteriores da língua e pela inervação motora da glândula submandibular e glândulas salivares menores); a movimentação voluntária e o tônus da **musculatura da boca** revestem-se de extrema importância, quer na alimentação, quer na ingestão de líquidos, e a perda dessa função acarreta terríveis dificuldades no processo alimentar; dentre outras funções, como a sensibilidade tátil das regiões do pescoço que é innervada sensitivamente por seu ramo cervical.

O retorno da atividade mímica facial depende de uma serie de fatores que vão desde o tempo de início do tratamento (fator determinando para a recuperação rápida do nervo facial) até as atividades terapêuticas que são aplicadas.

A fisioterapia exerce atividade fundamental no processo de recuperação, procedimentos como a massoterapia de relaxamento na hemiface não

comprometida, massoterapia de estimulação na hemiface paralisada, crioterapia e cinesioterapia são utilizados para obter êxito no tratamento.

Além dos procedimentos fisioterapêuticos tradicionais adotados, a acupuntura é utilizada como outro recurso, dentro das especialidades da fisioterapia, no tratamento da paralisia facial periférica.

Apesar de ser uma técnica com quase 5 mil anos, seus princípios demonstram bastante eficácia na recuperação da paralisia facial periférica.

Independente do procedimento adotada pelo profissional fisioterapeuta, o objetivo sempre será o retorno das funções mímicas do paciente, que consequentemente trará seu bem-estar e qualidade de vida.

2. VII NERVO CRANIANO

O nervo facial constitui o sétimo (VII) par de nervos cranianos. É um nervo misto, constituído por fibras aferentes, eferentes gerais e especiais, possui uma raiz motora (nervo facial propriamente dito) e uma raiz sensitiva (nervo intermédio).

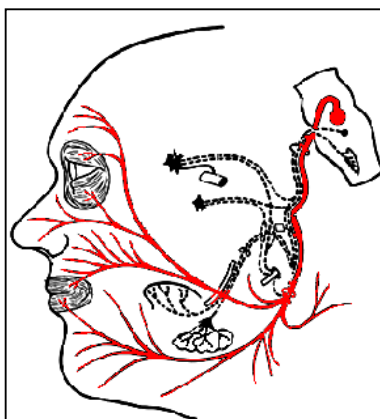


Figura 1: Nervo Facial (em vermelho sua parte motora)

As fibras viscerais aferentes especiais conduzem o senso do sabor dos dois terços anteriores da língua via nervos corda do tímpano e lingual (gânglios geniculado) e via nervo intermédio (trato solitário).

As fibras viscerais eferentes gerais constituem o sistema parassimpático. O nervo petroso superficial maior inerva as glândulas lacrimais e palatinas saindo do núcleo salivatório superior, passando pelo hiato do facial e gânglio esfenopalatino.

O nervo petroso superficial menor promove estímulo secretor para a glândula parótida e faz sinapse no gânglio ótico. Os nervos corda do tímpano e lingual promovem inervação secretora para as glândulas submandibulares e sublinguais, fazendo sinapse no gânglio submandibular.

As fibras viscerais eferentes especiais originam-se do núcleo motor do facial e passam através do osso temporal, (exceto as fibras para o músculo de estapédio), indo em direção ao forame estilomastoideo, inervando os músculos

auricular, ventre posterior do digástrico, estilohióideo e platisma, além da musculatura facial superficial (mímica).

Evidências de que fibras aferentes sensitivas promoveriam sensibilidade da concha e conduto auditivo externo e propriocepção da face são contraditórias. Estas fibras seriam responsáveis pela otalgia na síndrome de Bell e dor na infecção pelo herpes zoster.

Dentro do Canal Facial, o nervo facial origina o estapédio e a corda do tímpano, antes destes saírem do crânio, pelo forâmen estilomastóideo. O nervo estapédio relaciona-se com a inervação do músculo estapédio, através de uma abertura na pirâmide e o nervo corda do tímpano, que deixa o facial do forâmen estilomastóideo, vincula a sensibilidade da gustação, possuindo também fibras secretomotoras para as glândulas salivares.

Abaixo do forâmen estilomastóideo encontram-se os ramos digástricos, para o ventre posterior do músculo digástrico, e os ramos do estiloíóideo para o músculo estiloíóideo.

Após a saída desses ramos, no interior da glândula parótida, o nervo facial forma o plexo parotídeo, cujos ramos se anastomosam entre si e freqüentemente formam os troncos temporofacial e cervicofacial. Do interior da glândula irão emergir os ramos terminais, que são muito variáveis na sua disposição, e se irradiarão na face.

RAMO	LOCALIZAÇÃO
Ramo Temporal	Cruza o arco zigomático em direção aos músculos orbiculares dos olhos, músculos auriculares anteriores e superior e ramo frontal do occipital e o corrugador do supercílio.
Ramo Mandibular	Corre para diante sobre o ramo da mandíbula, abaixo do platisma, em direção ao ângulo da boca. Ao passar pelo masseter e cruzar superficialmente a artéria e a veia faciais, vai suprir os músculos relacionados com o lábio inferior e o ângulo da boca.
Ramo Zigomático	Cruza o arco zigomático e vai inervar os músculos zigomático e orbicular do olho, além de suprir os músculos relacionados com o lábio superior e abertura da asa do nariz e parte do bucinador.

Ramo Bucal	Acompanha o zigomático e, depois, segue inferiormente em direção ao ângulo da boca, o bucinador e os elevadores do ângulo do lábio superior e do ângulo da boca, os depressores do lábio inferior e do ângulo da boca.
Ramo Cervical	Após deixar a glândula parótida, dirige-se para baixo e depois para adiante, até suprir a face profunda do músculo platisma.

Tabela 1: Ramos do Nervo Facial

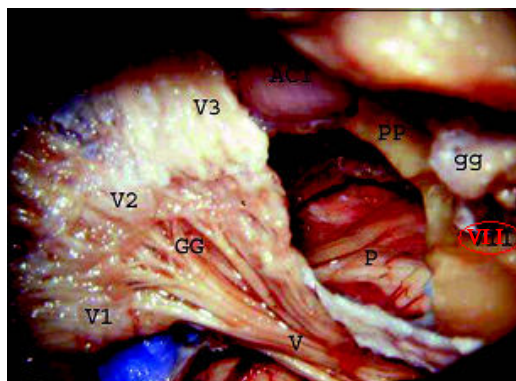


Figura 2. Acesso anterior extradural transpetroso e transtentorial pela fossa média; retirada da porção medial do ápice da pirâmide petrosa; V, nervo trigêmeo; GG, gânglio de Gasser; V1, ramo oftálmico; V2, ramo maxilar; V3, ramo mandibular; P, ponte; VII, nervo facial; gg, gânglio geniculado; ACI, porção horizontal da artéria carótida interna; PP, resquíio do ápice da pirâmide petrosa (supratentorial).

2.1 LESÃO NO NERVO CRANIANO

A lesão no nervo facial, classicamente é descrita como neuropraxia, axonotmese, neurotmese.

- Neuropraxia:** Existe apenas um bloqueio fisiológico impedindo a passagem de estímulo, pelo menos durante um determinado tempo, sendo capaz de causar paralisia. São lesões temporárias e não causam seqüelas por não serem acompanhadas de degeneração.
- Axonotmese:** Ocorre comprometimento parcial dos axônios e bainhas de mielina, permanecendo o neurilema sem alteração. Nessa lesão, dependendo do número de fibras lesadas, pode causar seqüelas.

c) Neurotmeze: O nervo sofre uma secção total em um determinado segmento, impossibilitando uma recuperação. Com o enxerto poderá haver regeneração dos axônios seccionados.

Alguns autores baseiam a classificação a partir de achados histológicos:

- 1º Grau: O agente causador aumenta a pressão intraneural. Há simples compressão. Ocorre recuperação integral e sem seqüelas.
- 2º Grau: A compressão das fibras nervosas persiste, levando à perda de axônios. Ocorre recuperação sem seqüelas, sendo mais lenta que no 1º grau.
- 3º Grau: A persistência da compressão leva à perda dos tubos de mielina. Dependendo da proporção com que isto ocorra, pode surgir recuperação incompleta, com sincinesias em graus variáveis.
- 4º Grau: Já existe comprometimento em toda a secção do nervo. A recuperação não é espontânea, será obtida com ressecção da parte lesada e enxerto, surgindo seqüelas e sincinesias.
- 5º Grau: Lesão idêntica à anterior, acrescida de descontinuidade do tronco. A recuperação não é espontânea, podendo ser obtida com a correta ressecção das extremidades e enxerto, surgindo seqüelas e sincinesias graves.

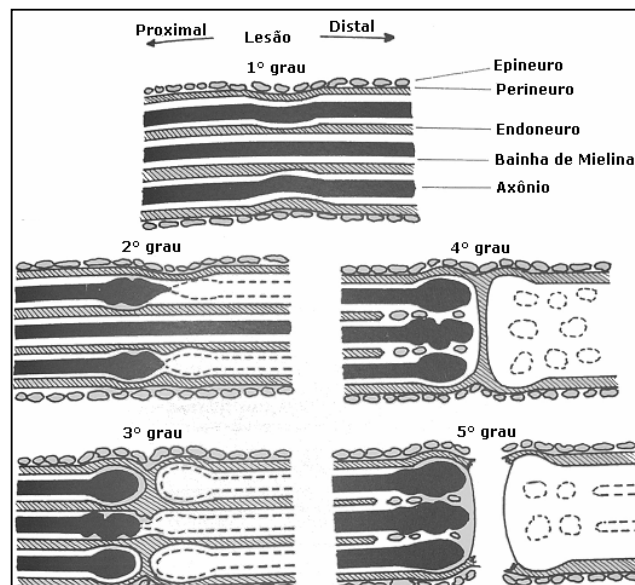


Figura 3: Grau de lesão do nervo.

A lesão do nervo facial resulta na paralisia de alguns músculos são eles:

- Occipitofrontal- levanta as sobrancelhas.
- Orbicular do olho- fecha os olhos.
- Corrugador e prócero- enrugam a pele entre as sobrancelhas e franze as sobrancelhas.
- Grande e pequeno zigomático, levantador do canto da boca, levantador do lábio superior- levantam o canto da boca e o lábio superior.
- Bucinador- mantém a bochecha contra os dentes durante a mastigação e amamentação. Sem ele, o alimento fica retido entre a bochecha e os dentes, o que é funcionalmente altamente restritivo.
- Orbicular da boca- fecha a boca.
- Risório- puxa o ângulo da boca para trás, como no sorriso.
- Depressor do ângulo da boca e depressor do lábio inferior- puxa o ângulo da boca e o lábio inferior para baixo.
- Mentoniano- enrugam o queixo e é muito importante para o ato de beber porque prende o lábio inferior no copo e impede o derramamento do líquido.

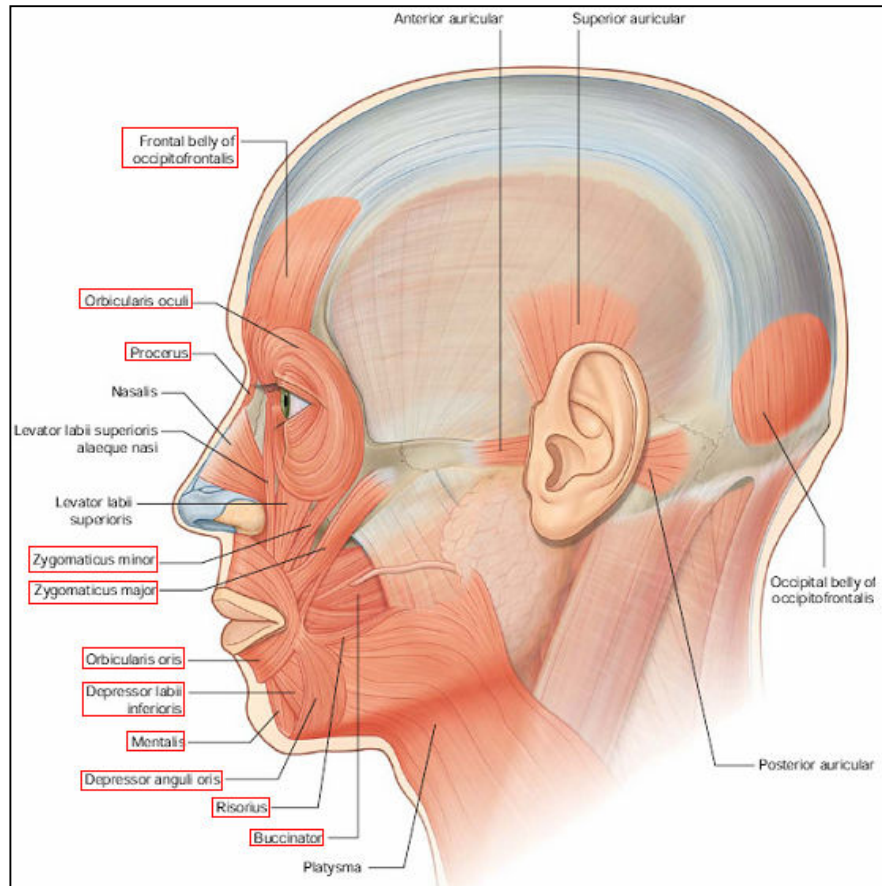


Figura 4: Músculos da face que são acometidos numa lesão do nervo facial.

3. ETIOLOGIA DA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA

3.1 CONGÊNITA

Numa porcentagem menos freqüente pode ocorrer a paralisia facial por fatores congênitos.

É essencial que seja realizado o diagnóstico diferencial com a paralisia facial traumática (trauma de parto). O diagnóstico diferencial de paralisia facial completa em recém nascidos inclui: injúria por compressão ao nervo em sua porção periférica, ausência congênita da porção motora do nervo facial e/ou da musculatura facial, ou agenesia do núcleo do facial. As dificuldades em se estabelecer um diagnóstico são minimizadas examinando o recém nascido com estimulação elétrica dentro dos 3 primeiros dias de vida, antes que a degeneração walleriana ocorra.

Em crianças com distúrbio de desenvolvimento, a paralisia é permanente e geralmente associada a malformações da orelha ou da cadeia ossicular.

3.2 IATROGÊNICA

As lesões do nervo facial podem acontecer desde o tronco cerebral até os ramos periféricos, na face e no pescoço. A incidência de paralisias faciais no pós-operatório está diretamente relacionada com a experiência do cirurgião.

3.3 IDIOPÁTICA

Idiopática ou Paralisia de Bell é o tipo de paralisia mais comum paralisia facial, correspondendo a 60 a 80% dos casos, sendo diagnosticada após a exclusão das demais causas. Começa com uma paralisia súbita periférica, que pode afetar alguns dos ramos do nervo facial.

A paralisia é periférica, flácida, súbita (instalação em 24 a 48 horas) e idiopática, podendo ser acompanhada de dor retroauricular, alterações gustativas e olho seco. Sintomas auditivos, como hiperacusia e/ou algiacusia, podem estar presentes em cerca de 30% dos pacientes. Alguns autores atribuem esses sintomas

a uma disfunção do músculo do estapédio e outros a um envolvimento central. Evidências para esta teoria são encontradas ao BERA (aumento do intervalo entre ondas I e V e diferença interaural da latência da onda V), regredindo após a paralisia. Entretanto, estas alterações são encontradas apenas em uma pequena percentagem de o pacientes. A paralisia pode piorar até o 10 dia.

Pode permanecer como uma paralisia mínima, ou progredir para uma paralisia quase completa. É muito discutida a sua etiologia, mas, parece haver um consenso quanto às causas: vascular e virótica.

3.4 INFECCIOSA

Infecções do Sistema Nervoso Central, do osso temporal ou da face podem ser causas da paralisia facial. Otites, mastoidites, labirintites, edemas do gânglio geniculado, além de qualquer reação inflamatória do nervo facial e sua compressão.

A otite média é a causa infecciosa mais freqüente da paralisia facial. A fisiopatologia da paralisia facial nesta doença não é claramente compreendida. Nenhuma diferença foi observada no tipo de organismo cultivado do ouvido médio em casos de otite média com ou sem envolvimento do nervo facial. Deiscências da porção timpânica do canal de Falópio poderiam servir como portas para invasão bacteriana direta. Outras teorias que tentam explicar esta etiologia seriam: a inflamação gera edema que, dentro dos limites do canal facial, resulta em compressão e isquemia do nervo; desmielinização devido toxinas bacterianas; compressão de bainha; neurite aguda levando a trombose venosa e edema inflamatório do nervo. A infecção do osso leva a uma reabsorção e formação de tecido de granulação, produzindo uma osteíte com envolvimento do nervo facial. O colesteatoma, através de atividade enzimática e processo inflamatório, são capazes de erodir o osso, e, por conseqüência, o canal do nervo facial, a exposição do seu conteúdo e a infecção levaria à paralisia.

A otite externa maligna seria outra causa infecciosa onde algumas condições metabólicas, hematológicas e imunológicas predis põem o indivíduo a vários tipos graves de otites externas, geralmente provocadas por germes gram-

negativos como a *Pseudomonas aeruginosa*. O mecanismo mais provável é uma combinação de osteíte, erosão óssea, compressão, inflamação e infecção direta do nervo. Colesteatoma está presente em cerca de 70-80% dos casos, associados a algum grau de erosão do canal de Falópio, principalmente no segmento timpânico. O início pode ser abrupto ou insidioso, e na maioria das vezes a paralisia é incompleta.

3.5 METABÓLICAS

3.5.1 DIABETES

Pesquisadores do assunto referem que, devido a estudos realizados, a diabetes pode afetar os nervos periféricos, apresentando alterações microangiopáticas similares às que ocorrem na pele, retina e rins. A incidência de paralisia em diabéticos é similar à da população em geral.

3.5.2 HIPOTIREOIDISMO

O mixedema é uma das complicações neurológicas do hipotireoidismo. Alteração do nervo auditivo é, até certo ponto, comum, porém a do nervo facial é rara. Ela se dá devido à infiltração mixedematosa e edema do nervo, e a descompressão pode estar indicada, em alguns casos, como ocorre na síndrome do túnel do carpo.

3.5.3 GRAVIDEZ

A paralisia facial decorrente da gravidez pode ter causas diversas, em função de vários fatores, como alterações hormonais, hipercoagulabilidade, doença auto-imune, avitaminose, alterações vasculares e retenção de líquidos (esta parece ser a causa mais aceita).

3.6 SÍNDROME DE RAMSEY-HUNT

Síndrome de Ramsey-Hunt, causada pelo vírus do herpes zoster na orelha, se caracteriza pela presença de otalgia, vesículas no pavilhão, meato acústico externo ou palato, hipoacusia, vertigens e também é comumente causadora de paralisia facial periférica. Neste caso o paciente ainda sente dor no ouvido afetado e no pavilhão auricular costumam aparecer lesões em forma de vesículas, no meio de uma orelha inchada e vermelha. Sua evolução é naturalmente mais severa que a da idiopática e pelo tropismo do vírus pelo tecido ganglionar geralmente se acompanha de hipolacrimejamento.

3.7 TÓXICA

Alguns pesquisadores afirmam que lesões de origem tóxica são formas raras de paralisia facial, geradas por drogas que causam imunossupressão ou alterações vasculares, como os quimioterápicos. Em geral a paralisia é bilateral.

3.8 TRAUMÁTICA

Devido ao longo percurso intracanal, o nervo facial é o par craniano mais atingido por traumas.

- **Extratemporal:** Na presença de trauma na porção extracraniana do nervo facial, uma cuidadosa avaliação dos movimentos dos grupos musculares faciais estabelece a integridade funcional de cada uma das divisões do nervo facial.
- **Intratemporal:** Cerca de 7 a 10% das fraturas do osso temporal estarão associadas com disfunção do nervo facial. Dano severo ao nervo facial devido a trauma do osso temporal (sendo os acidentes de trânsito as causas mais frequentes) resulta em degeneração retrógrada ao nível dos segmentos labirínticos e possivelmente meatal.

As causas mais freqüentes das paralisias traumáticas são as fraturas do crânio, ferimentos causados por projéteis de arma de fogo, ferimentos cortocutidos nas partes moles da face, traumas de parto e iatrogênico

As fraturas longitudinais são mais comuns que as transversas e melhor observadas em ossos pneumatizados; possuem sinais mais comuns, como: otorragia, deformidade da parede póstero-superior do meato acústico externo, perda auditiva condutiva, liquorréia e, em 20% dos casos, paralisia facial. Já as fraturas transversas, geralmente, são mais graves e têm como sinais mais comuns: hemotímpano, perda auditiva neurossensorial, nistagmos, náuseas e vômitos, liquorréia e paralisia facial em 40% dos casos.

Apesar dos ferimentos no osso temporal freqüentemente resultarem em morte instantânea, nas lesões por projéteis de arma de fogo a densidade do osso pode proteger estruturas vitais e a sobrevivência é possível, mesmo em lesões extensas. Na maioria dos casos existe lesão do nervo facial, sistema auditivo e vestibular.

3.9 TUMORAL

Uma neoplasia pode comprimir ou invadir o nervo em qualquer ponto de seu trajeto. Os tumores podem ser de origem intrínseca, neurogênica ou extrínseca, afetando o nervo facial secundariamente.

O tumor intrínseco do nervo é o neurinoma do nervo facial (patologia rara), podendo ser intratemporal, intracraniano ou extratemporal.

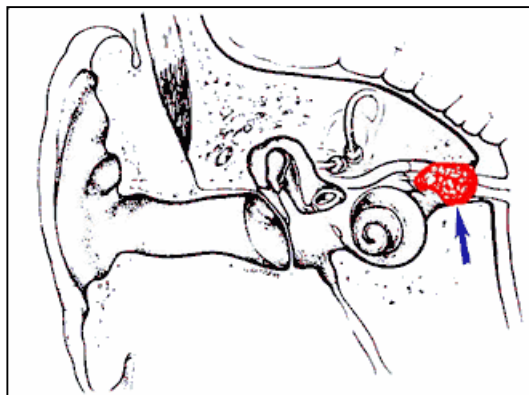


Figura 5: Neuroma no canal interno auditivo.

Os tumores extrínsecos podem ser benignos: meningeoma, glômicos jugular e timpânico, colesteatoma e schwannoma vestibular.

No segmento extratemporal os tumores malignos envolvem o nervo e são da linhagem epitelial. Os malignos que afetam o segmento intratemporal são originários do meato acústico externo como os carcinomas, os adenomas císticos de células escamosas e as metástases, principalmente de adenocarcinomas de pulmão e rim.

3.10 VASCULARES

Este tipo de paralisia possui uma incidência rara, porém está associada as alterações patológicas do Sistema nervoso Central, que pode ser gerado por uma trombose, por exemplo, que afeta o suprimento vascular do nervo facial.

4. AVALIAÇÃO CLÍNICA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA

Não existe uma padronização na avaliação da Paralisia Facial Periférica os dados são subjetivos principalmente se a paralisia está relacionada com traumatismo direto ou indireto sobre o nervo facial. Atualmente Sistema de House-Brackmann o mais amplamente aceito e adotado pela Academia Americana de Otorrinolaringologia.

• Grau I: Normal Função facial normal em todas as áreas • Grau II: Disfunção Leve <i>Geral:</i> leve fraqueza notável apenas à inspeção próxima; pode haver sincinesia muito discreta <i>No repouso:</i> simetria e tônus normais <i>Ao movimento:</i> <i>Testa:</i> função boa a moderada <i>Olho:</i> fechamento completo com mínimo esforço <i>Boca:</i> leve assimetria • Grau III: Disfunção Moderada <i>Geral:</i> diferença óbvia mas não desfigurante entre os dois lados; sincinesia e/ou espasmo hemifacial notáveis mas não severos <i>No repouso:</i> simetria e tônus normais <i>Ao movimento:</i> <i>Testa:</i> movimento moderado a leve <i>Olho:</i> fechamento completo com esforço <i>Boca:</i> levemente fraca com o máximo esforço • Grau IV: Disfunção Moderadamente Severa <i>Geral:</i> fraqueza óbvia e/ou assimetria desfigurante <i>No repouso:</i> simetria e tônus normais <i>Ao movimento:</i> <i>Testa:</i> nenhum movimento <i>Olho:</i> fechamento incompleto <i>Boca:</i> assimetria com o máximo esforço • Grau V: Disfunção Severa <i>Geral:</i> apenas uma movimentação discretamente perceptível <i>No repouso:</i> assimetria <i>Ao movimento:</i> <i>Testa:</i> nenhum movimento <i>Olho:</i> fechamento incompleto <i>Boca:</i> movimento discreto • Grau VI: Paralisia Total Nenhum movimento.

Quadro 1: Avaliação através do Sistema de House - Brackman

Os pacientes acometidos pela Paralisia facial Periférica, freqüentemente relatam que em relação ao lado paralisado, observaram ou sentiram:

- **Sorriso:** Sempre muito prejudicado e a falta de expressão facial da metade paralisada constitui talvez a maior preocupação dos pacientes.
- **Boca:** Desviada para o lado oposto com quase impossibilidade de conter líquidos.
- Impossibilidade de assobiar ou soprar.

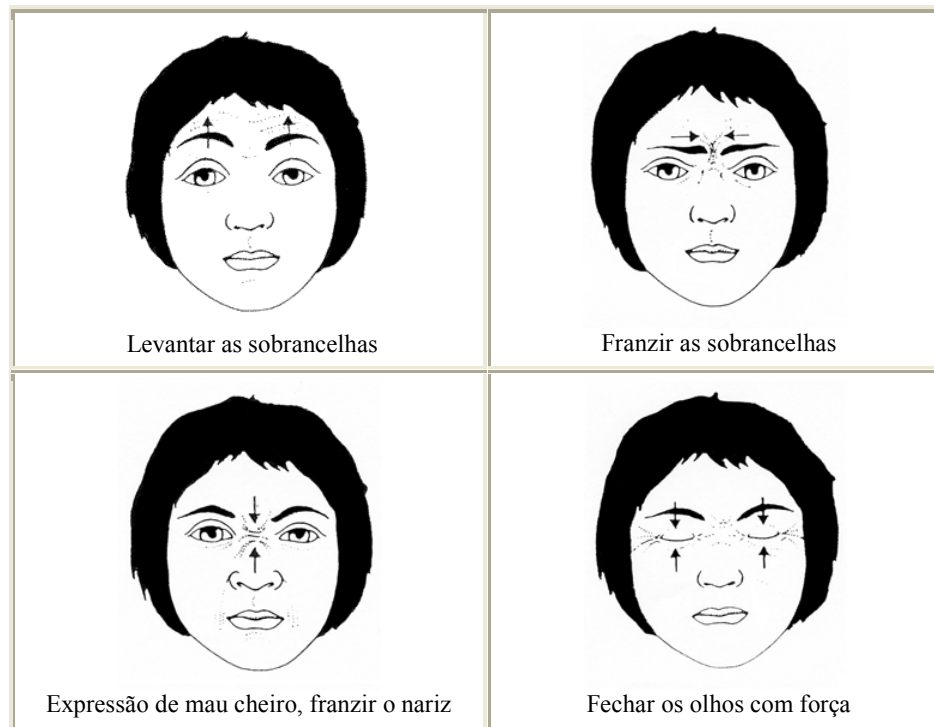
- **Ardor do olho:** Bastante incômodo relacionado com a ausência do movimento de piscar.
- **Lacrimejamento:** A presença de muita lágrima, ou ao contrário, a sua ausência.
- **Otalgia:** Às vezes intensa na zona de Ramsay Hunt, surgindo com frequência antes do aparecimento da paralisia.

Além da avaliação clínica, os pacientes também são submetidos a uma rotina de exames que vão desde exames complementares como glicemia, hemograma etc, até exames específicos para o nervo facial.

5. FISIOTERIA NO TRATAMENTO DA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA

O processo de recuperação da paralisia facial periférica engloba vários métodos terapêuticos que podem ser aplicados obtendo bons resultados, porém quanto antes iniciar a terapia, maiores serão as possibilidades de recuperação. Os principais procedimentos utilizados no tratamento fisioterápico da paralisia facial consistem em massoterapia de relaxamento na hemiface não comprometida, massoterapia de estimulação na hemiface paralisada, crioterapia e cinesioterapia

A fisioterapia tem como objetivo evitar deformidades e manter a flexibilidade e a elasticidade muscular durante o período de paralisia. Exercícios específicos podem ser indicados quando se observa esboço de movimento da musculatura envolvida. Eles não interferem na velocidade de recuperação, mas podem melhorar a função.



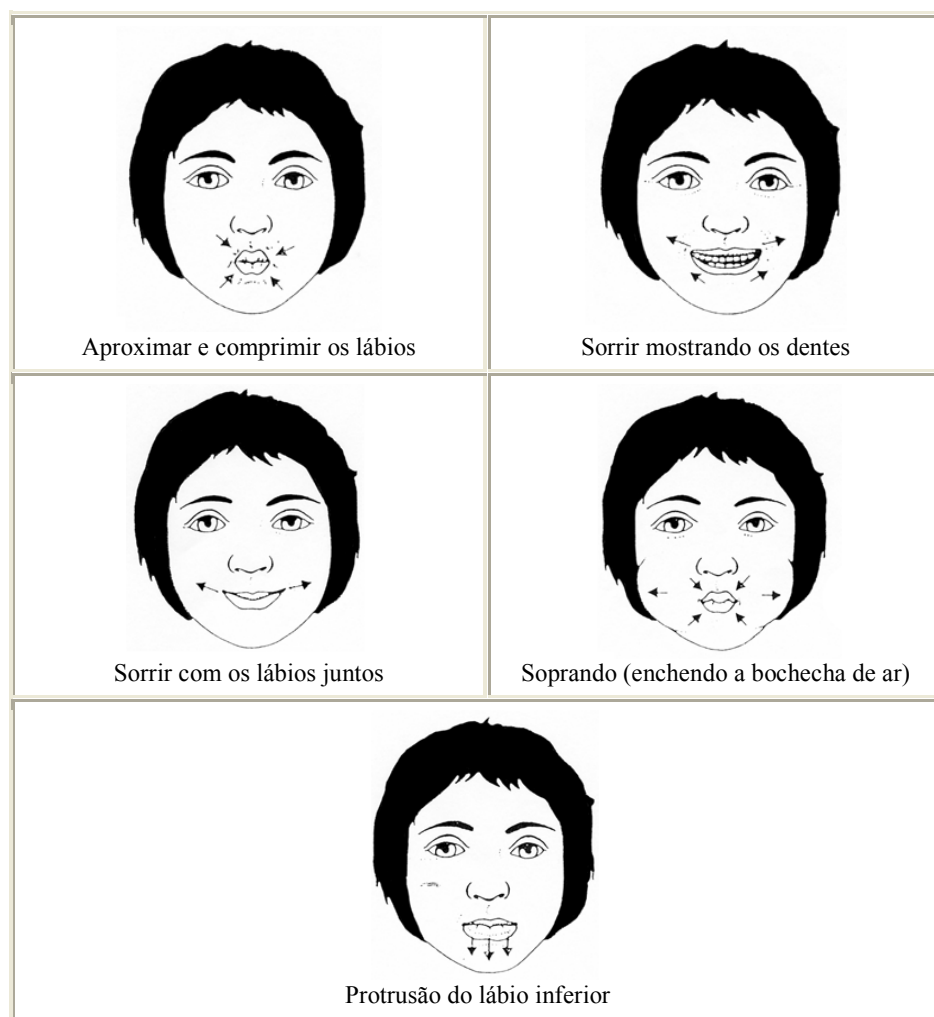


Figura 6: Exercícios para a reabilitação facial

Através das técnicas de drenagem linfática, a massoterapia tem como objetivo a redução do edema atuando sobre a circulação no estagio de flacidez e o relaxamento muscular na fase de hipertonia com ênfase nos pontos dolorosos. A massagem abrange as duas hemifaces, sendo que as manobras de deslizamento superficial e profundo são realizadas no sentido centrífugo na hemiface paralisada e centrípeta na hemiface normal. A massagem deve ser aplicada de maneira correta, pois caso contrário pode desencadear reações reflexas de defesa com piora das retrações musculares.

A crioterapia é aplicada com o objetivo de estimular os pontos motores para a obtenção da contração muscular, na fase flácida da paralisia em um período

de aproximadamente 15 minutos. Já o calor é aplicado através de lâmpada infravermelho ou bolsas quentes proporcionam o relaxamento muscular na fase de hipertonia.

Na cinesioterapia são realizados exercícios de mímica facial e reeducação da musculatura facial através de “biofeedback” eletromiográfico com eletrodos de superfície. A princípio, o trabalho deve ser realizado em forma de esboço para que, mais tarde, todos os elementos musculares se reintegrem em uma mímica global e harmoniosa. Na execução dos exercícios, deve - se procurar o equilíbrio entre os músculos agonistas e antagonistas e, para isto, pode ser utilizada a pressão digital, a qual favorece a dissociação dos movimentos da parte inferior e superior da face. Os movimentos de contração sinérgica devem ser inibidos e, se aparecem movimentos anárquicos, os músculos responsáveis devem ser mantidos em posição de estiramento para inibi-los. As sincinesias são atribuídas à hiperexcitabilidade nuclear facial ou à regeneração aberrante das fibras nervosas e ocorrem quando não são tomadas estas precauções impedindo a completa recuperação da paralisia facial.

A eletroterapia não é muito recomendada, pois os estímulos podem causar espasmos e contraturas que são muito difíceis de serem tratados e na maioria dos casos, o paciente não obtém melhora significativa. Onde poderá ser utilizada no início de tratamento, quando a musculatura ainda encontra-se muito flácida e que a mesma deve ser interrompida com o reaparecimento dos primeiros movimentos voluntários⁷.

A reabilitação facial do paciente vai depender de uma série de fatores, como o tipo da lesão e sua extensão, intervenções prévias e principalmente a cooperação do paciente.

6. ACUPUNTURA NO TRATAMENTO DA PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA

No tratamento da paralisia facial periférica a acupuntura, especialidade fisioterapêutica, visa o processo de recuperação da funcionalidade dos músculos faciais acometidos pela lesão do nervo facial.

Através do equilíbrio energético corporal, a acupuntura auxilia no progresso junto com as técnicas fisioterapêuticas.

Na visão da acupuntura a paralisia facial periférica ocorre devido à penetração do vento que paralisa na região da face.

Os pontos de acupuntura abaixo trabalham na expulsão do vento e no retorno do fluxo natural do Qi pelos canais.

1) E1:

Origem: ChengQi

Interpretação do Nome: “O recipiente de lágrima”, porque está situado logo abaixo do olho (pupila), como um recipiente de lágrimas.

Localização: Situa-se entre o bulbo ocular e a porção média da margem infra-orbital.

Característica: Ponto de reunião com o Yang Qiao Mai e com o Ren Mai

Função energética: Ativa a circulação de sangue nos canais de energia; clarea a visão, dispersa o vento perverso do Yang Ming; dispersa o calor do Yang Ming.

2) E2

Origem: Sibai

Interpretação do Nome: “Quatro cantos nítidos”, porque esse ponto tem função de clarear a visão e enxergar os quatros cantos com nitidez.

Localização: Situa-se a três décimos de tsun ou a três fen distais ao E1, em uma depressão óssea sob a margem infra-orbital.

Função energética: Clarear a visão; faz a difusão do fígado; fortalece a vesícula biliar; elimina o vento perverso e o frio. Relaxa o Qi dos músculos faciais; remove a obstrução de Qi dos canais de energia principais; faz a limpeza do calor.

3) E3

Origem: Juliao

Interpretação do Nome: Cavidade gigante, porque está situado em uma grande depressão óssea.

Localização: Situa-se abaixo do E2, lateralmente ao sulco nasolabial, no cruzamento da linha horizontal que passa pela margem inferior da asa do nariz com a vertical traçada no nível da pupila.

Característica: Ponto de reunião com o canal de energia curioso Yang Qiao Mai.

Função energética: Ativa a circulação de sangue nos canais de energia; relaxa o Qi dos músculos faciais; dispersa o vento e o frio perversos.

4) E4

Origem: Dicang

Interpretação do Nome: Está situado na parte inferior da face, que corresponde a terra, e pela proximidade da boca, que é o armazém de cereais.

Localização: Situa-se a quatro décimos de tsun ou a quatro fen lateral ao ângulo da boca, na linha perpendicular da pupila.

Característica: Ponto de reunião com o canal de energia curioso Vaso-Concepção e com o Yang Qiao Mai.

Função energética: Regulariza a circulação de Qi e remove a obstrução de Qi dos canais de energia; fortalece as funções energéticas do Wei; relaxa o Qi dos músculos da face; dispersa o vento e o frio do Yang Ming.

5) E5

Origem: Daying

Interpretação do Nome: “Grande recepção”, porque recebe o Qi do canal de energia principal do estômago vindo do E1 e do E8, os dois são recebidos nesse ponto e, posteriormente seguem em direção caudal.

Localização: Situa-se na união da margem anterior do músculo masseter com a margem inferior do corpo da mandíbula, próximo à artéria facial.

Característica: Ponto de derivação pelo qual passa um canal de energia secundário do IG, que vai se alojar nos dentes; neste nível, o canal de energia principal do estômago dividi-se em dois ramos: um ascendente, que vai até a

região parietofrontal; e um descendente que vai até o pé; ponto de saída e de entrada da energia de defesa; ponto que rege mandíbula.

6) E6

Origem: Jianche

Interpretação do Nome: Por sua localização na região do masseter, próximo ao ângulo da mandíbula. O ato de abrir e fechar a boca confere movimentos a esse ponto.

Localização: Situa-se um tsun abaixo do lóbulo da orelha, sobre a saliência do músculo masseter, na mordida, ou reentrância no repouso, exatamente acima do ângulo da mandíbula.

Função energética: Harmoniza o Qi do estômago; fortalece os dentes e a mandíbula; melhora o Qi da articulação tempomandibular; remove a obstrução de Qi dos canais de energia; dispersa o vento e o frio perversos; faz a limpeza do calor perverso; relaxa os músculos faciais.

7) E7

Origem: Xianguan

Interpretação do Nome: Está situado no local estratégico responsável pela abertura e fechamento da boca e por estar abaixo do arco zigomático oposto ao VB3, o “guan superior”, que está acima do arco zigomático.

Localização: Situa-se na incisura da mandíbula, depressão palpada logo baixo do arco zigomático e à frente da cabeça da mandíbula.

Função energética: Dispersa o vento, o vento-calor e o frio do yang Ming; melhora as funções energéticas da orelha e da articulação temporomandibular; ponto específico para o tratamento das doenças maxilares.

8) E8

Origem: Touwei

Interpretação do Nome: “Defesa da cabeça”, por que está situado no ângulo frontal da implantação de cabelo que representa a posição de defesa.

Localização: Situa-se na região ântero-lateral da fronte, no nível do ângulo formado entre as implantações horizontal e vertical do cabelo, e quatro tsun laterais ao VG24.

Característica: Ponto de reunião com o canal de energia principal da vesícula biliar; alguns autores consideram como ponto de reunião dos três canais de energia tendinomusculares yang da mão.

Função energética: Clareia a visão; dispersa o vento e o calor do yang Ming.

9) E36

Origem: Zusanli

Interpretação do Nome: Porque situa-se a três tsun do joelho.

Localização: Situa-se a três tsun distal ao E-35 (Dubai) e a um tsun lateral à margem anterior da tíbia, entre os músculos tibial anterior e extensor comum dos dedos.

Característica: Estimular este ponto quando o doente sente uma dor que vai do joelho para a panturrilha, com a sensação de estar a perna quebrada; ponto Ho do canal de energia do estômago correspondente ao Movimento Terra; ponto que apresenta a máxima concentração de Energia Terra no canal de energia estômago; estimular este ponto para dispersar a Energia Perversa da parte média do corpo; estimular este ponto nas afecções energéticas do Estômago, com o abdome distendido; estimular este ponto quando o doente sente dores no Estômago e no Coração; quando se tem a impressão de que os membros superiores e inferiores perderam a sua ligação. Nas afecções crônicas das articulações, devido à Umidade, deve-se aquecer as agulhas e estimular o E-36; quando há Plenitude ou Vazio de Qi, excesso de Yin ou Yang, deve-se sempre estimular o E-36, tonificando-o ou dispersando-o. Quando há sintomas Yin no interior do corpo, deve-se tonificar o E-36. O ponto E-36 é o ponto de difusão de Qi para o Baixo do corpo, enquanto que o E-30 é para o Alto. Nos distúrbios do Intestino Grosso e do Estômago, deve-se estimular os ponto da Bexiga e do Estômago, se não há resultado, estimular o E-36. Nos distúrbios de Wei Qi, deve-se dispersar a Energia estagnada do E-36 o mais rápido possível; estimular este ponto em todas as afecções do Intestino Grosso, tonificando-o se há Vazio de Qi, ou dispersando a Energia estagnada, se há Plenitude de Qi. Se o doente apresentar borborigmos, com sensação de que a Energia acomete a parte alta do corpo, com dificuldade respiratória, isto significa que a Energia Perversa penetrou no Intestino Grosso.

Neste caso estimular os pontos VC-6, E-37 e E-36. É um ponto regulador geral de Energia

Função energética: Tonifica o Qi Nutrição, o Qi e o sangue; regula, harmoniza e fortalece o Qi Mediano (Baço/Pâncreas/Estômago), regula e umedece os Intestinos; harmoniza e tonifica o Qi do Pulmão; tonifica o Qi dos Rins e do Yuan Qi; tonifica o Wei Qi, restaura o Yang Qi e forma o Jin Ye; faz circular o Qi e o sangue; aumenta a Energia Essencial; redireciona o Qi em tumulto; transforma a Umidade e a Umidade-Calor, drena a Umidade e a Umidade-Frio; dispersa o Vento e o Frio.

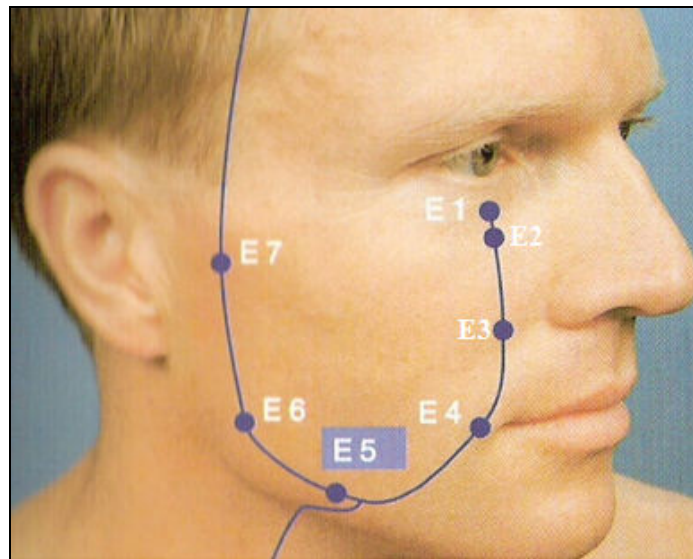


Figura 7: localização dos pontos E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7.

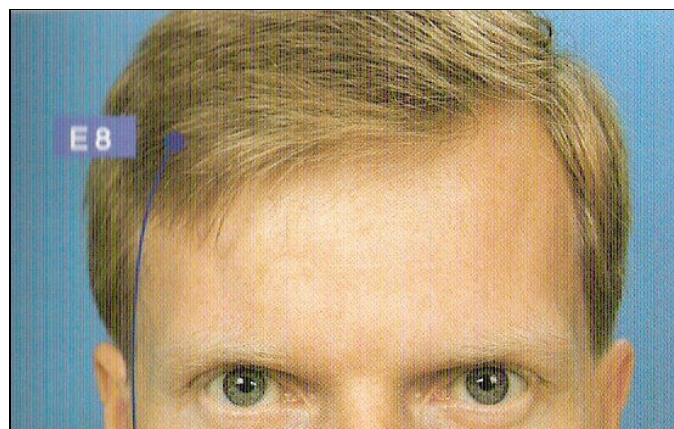


Figura 8: Localização do ponto E8.

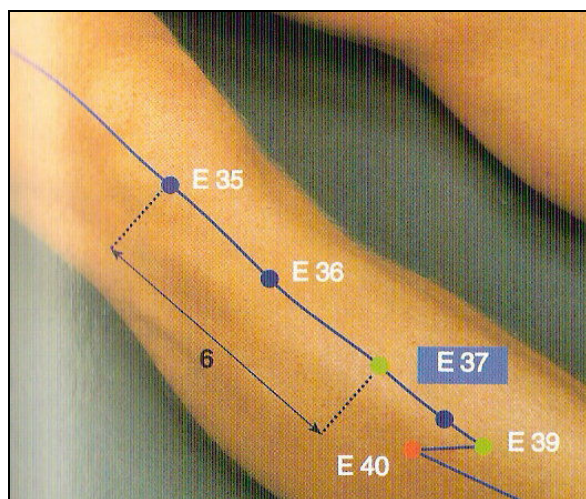


Figura 9: Localização do ponto E36.

10) IG2

Origem: Erjian

Interpretação do Nome: É o segundo ponto do canal de energia principal do intestino grosso e é um espaço com limites definidos.

Localização: Situa-se em uma cavidade distal à articulação metacarpofalangiana, na margem lateral (radial) do dedo indicador, onde também se localiza o prolongamento de um sulco com a mão fechada.

Característica: Ponto Long e de dispersão do canal de energia principal do IG

Função energética: Fortalece o Qi da garganta; faz circular o Qi do canal de energia Yang Ming; dispersa o calor-vento do Yang Ming; dispersa o calor da garganta.

11) IG3

Origem: Sanjian

Interpretação do Nome: É o terceiro segundo ponto do canal de energia principal do intestino grosso e é um espaço com limites definidos.

Localização: Situa-se na margem lateral do 2º metacarpo, em uma reentrância proximal à articulação metacarpofalângica; fechar a mão para localizar.

Característica: Harmonizar o Qi do IG; dispersar o calor do Yang Ming; descongestionar o Qi estagnado da garganta; transforma a umidade-calor

Função energética: Ponto de acupuntura Iu do canal de energia principal do IG corresponde ao movimento madeira.

12) IG4

Origem: Hegu

Interpretação do Nome: Chame-se Hegu por sua semelhança anatômica com o vale e essa semelhança se acentua com o movimento de abdução do polegar.

Localização: Situa-se na metade do 2º metacarpo, entre o 1º e 2º ossos metacarpo, ou sobre a saliência muscular, quando se faz a adução do polegar.

Característica: Ponto Yuan do canal de energia principal do IG, onde chega a energia Luo transversal do canal do Pulmão. Usá-la em caso de distúrbio do Qi do canal de energia Luo do IG e nos distúrbios do canal de energia tendinomuscular do IG.

Função energética: Facilita o trânsito e a descida dos alimentos do estômago para os intestinos; libera o calor perverso interno para a superfície do corpo; dispersa o vento, o vento-frio e o vento-calor; dispersa o excesso de Xin Qi; promove a desobstrução de Qi estagnado dos canais de energia; ativa a circulação de Qi e de Xue nos vasos sanguíneos; clareia a visão; reanima o estado de inconsciência; transforma a mucosidade, a umidade-calor; tonifica o Wei Qi.

13) IG6

Origem: Pianli

Interpretação do Nome: “Passar para o caminho do lado”, por que é o ponto Luo por onde desvia o Qi do canal de energia Yang Ming da mão para o canal de energia Tai Yin da mão.

Localização: Situa-se na margem postero lateral do antebraço, a três tsun da prega do dorso do punho, sobre uma linha traçada entre o IG-5 e o IG-11, no cotovelo.

Característica: É o ponto Luo do canal de energia principal do IG de onde partem os canais de energia Luo longitudinal e transversal para o ponto P9 do canal de energia principal do pulmão. Puncionar esse ponto nos casos de plenitude do canal de energia Luo longitudinal do IG.

Função energética: Harmonizar via das águas; faz circular o qi nos canais de energias turvas; dispersa o calor e o vento perversos; descongestiona o Qi estagnado da garganta.

14) IG7

Origem: Wenliu

Interpretação do Nome: é o ponto Xi do canal de energia Yang Ming da mão onde permanece grande concentração de Qi e Xue e, por ser o Qi de caráter Yang, possui temperatura morna.

Localização: Situa-se a dois tsun craniais ao IG-6 ou a 5 tsun cranialmente à prega do dorso do punho, na linha traçada entre o IG-5 e o IG-11.

Característica: Ponto Xi do canal de energia principal do IG; puncionar esse ponto nos casos de parada de circulação de Qi do canal de energia principal do IG.

Função energética: Acalma a mente; harmoniza o Qi do IG; fortalece o Qi do yang Ming e do IG; transforma a umidade; umedece a garganta e fortalece a língua.

15) IG10

Origem: Shousanli

Interpretação do Nome: Está situado aproximadamente a 3 tsun da extremidade do cotovelo.

Localização: Situado a dois tsun distais ao IG-11, na linha traçada entre o IG-5 e o IG-11.

Função energética: Harmoniza o Qi do estômago e do IG; regulariza e harmoniza o Qi do aquecedor médio; faz transitar o Qi nos canais de energia Luo; dispersa o vento perverso; promove a desobstrução da estagnação de Qi nos canais de energia.

16) IG11

Origem: Quchi

Interpretação do Nome: Está situado na extremidade lateral da prega de cotovelo.

Localização: Situa-se em uma reentrância na extremidade lateral da prega de flexão do cotovelo, ou a meia distância entre P5 e o epicôndilo lateral, com

cotovelo em flexão de 90°. A agulha deve ser direcionada para o epicôndilo medial.

Característica: Ponto Ho do canal de energia principal do IG correspondendo ao Movimento Terra.

Função energética: Regulariza a circulação de Qi e de Xue (sangue) nos canais de energia; harmoniza a energia essencial e o Xue (sangue); fortalece o Xue; fortalece as articulações; elimina o vento perverso e a umidade; elimina o calor perverso do Yang Ming; refresca o calor, reduz a febre; transforma a umidade-calor; regulariza e umedece o IG; regulariza o pulmão.

17) IG 19

Origem: Heliao

Interpretação do Nome: Está situado próximo a boca (por onde entra os alimentos) e ao palpa-lo nota-se pequena depressão óssea.

Localização: Situa-se a meio tsun lateral ao ponto de acupuntura VG26, situado no filtro nasal.

18) IG20

Origem: Yingxiang

Interpretação do Nome: “Receber fragrância” porque o ponto ao ser puncionado é capaz de desobstruir o nariz e recuperar o olfato.

Localização: Situa-se entre o sulco nasolabial e a asa do nariz, a meio tsun desta.

Característica: Ponto de acupuntura do lado direito provém do canal de energia principal do Intestino Grosso do lado esquerdo, e eles se cruzam no ponto VG26; ponto de acupuntura de onde parte um canal de energia secundário para o assoalho da órbita, para se formar a circulação de energia superficial com o canal de energia principal do estômago.

Função energética: Circula o Qi do nariz; dissipa o vento, o vento-frio e o vento-calor; dissipa o calor perverso alojado no Qi; remove a estagnação de Qi do nariz.

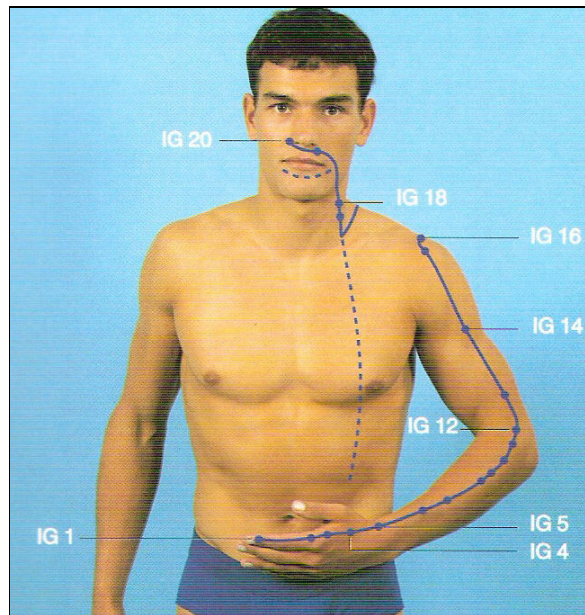


Figura 10: Localização do ponto IG2, IG3, IG4, IG6, IG7, IG10, IG11

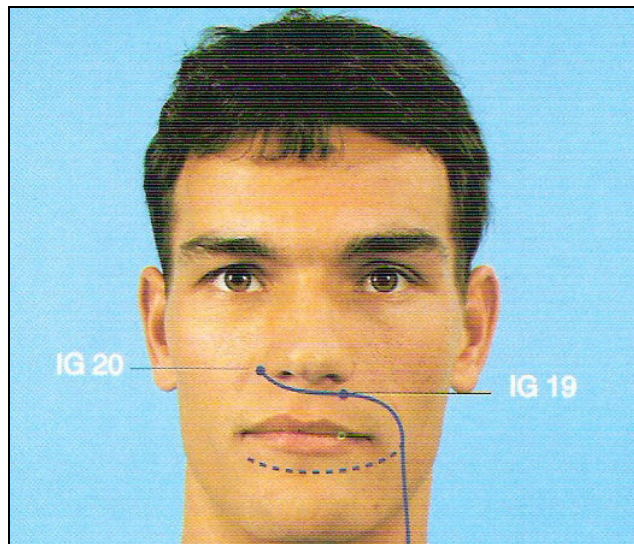


Figura 11: Localização do ponto IG19, IG20

19) VB12

Origem: Wangu

Interpretação do Nome: Está situado próximo ao processo mastóide.

Localização: Situa-se em uma reentrância óssea localizada posterior e abaixo do processo mastóideo. Fletir o pescoço para sua determinação.

Característica: Ponto canal de energia principal da VB que recebe os canais de energia secundários dos canais de energia triplo aquecedor e da bexiga.

Função energética: Acalma a mente; dispersa a umidade-calor, o vento e o frio; acalma convulsões.

20) VB13

Origem: Benshen

Interpretação do Nome: “Shen Basal”, por que relaciona-se internamente com o encéfalo que é a base da vida e trata patologia relacionada a mente.

Localização: Situa-se na região frontal, a três tsun da linha mediana anterior, na horizontal que passa pelo ponto VG24.

Característica: Ponto de reunião do canal de energia principal da VB com o canal de energia curioso Yang Wei; ponto de reunião dos canais de energia tendinomusculares Yang da Mão.

Função energética: Acalma convulsões; dispersa a umidade-calor, o vento e o frio.

21) VB14

Origem: Yangbai

Interpretação do Nome: Está situado na região frontal Yang do corpo e ao ser puncionado clareia a visão.

Localização: Situa-se na região frontal, a um tsun acima do meio do supercílio.

Característica: Ponto de reunião do canal de energia principal da VB com o canal de energia curioso Yang Wei e o canal de energia da Bexiga.

Função energética: Clareia a visão; aumenta a circulação de Qi nos canais de energia; dispersa o vento e o calor perverso.

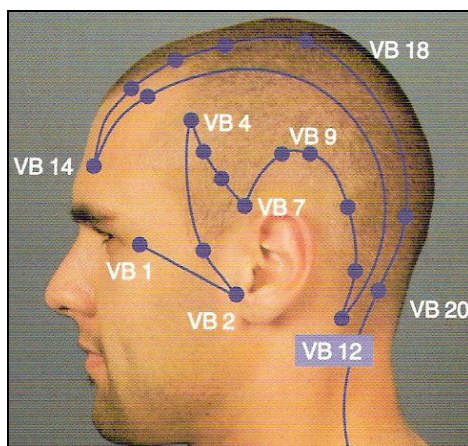


Figura 12: Localização do ponto VB12

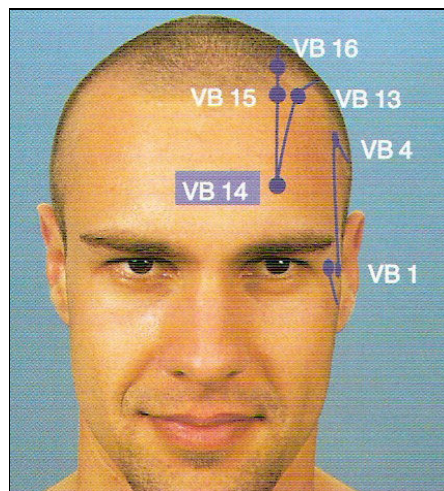


Figura 13: Localização do ponto VB13, VB14

22) B1

Origem: Jingming

Interpretação do Nome: Porque o ponto ao ser puncionado clareia a visão.

Localização: Situa-se a um fen acima e para fora do ângulo medial do olho.

Característica: É o ponto de acupuntura que recebe os canais de energia secundários dos canais de energia principais do intestino delgado e do estômago, assim como dos canais de energia curiosos Yang Qiao e Du Mai; é o lugar onde ocorre a alternância do Yin e do Yang no corpo. Nesse ponto, o Yang Qiao Mai e o Yin Qiao Mai se separam. O primeiro entra no yang, e o segundo no yin; a partir

desse ponto a água orgânica proveniente do Shen (rins), por meio do canal curiso Yang Qiao, penetra no encéfalo.

Função energética: Nutri o Yin Qi; aumenta a energia água; clareia a visão; dispersa o vento e reduz o calor perverso do Tai Yang.

23) B2

Origem: Zanzhu

Interpretação do Nome: “Bambuzal”, porque o supercílio tem formato de bambu e os pontos estão situados na extremidade medial dos dois supercílios, local onde juntam bambu.

Localização: Situa-se na extremidade medial do supercílio, onde existe uma pequena reentrância óssea.

Função energética: Clareia a visão; dispersa o vento e o calor perversos.

24) B8

Origem: Luoque

Interpretação do Nome: “Ir cominucar e retornar”, porque é o local de onde o canal de energia principal da bexiga parte em direção ao encéfalo, interligando-o, e retorna a esse mesmo ponto.

Localização: Situa-se a um e meio tsun posterior ao B7, na parte alta da vertente posterior da cabeça e, a um e meio tsun laterais à linha mediana.

Função energética: Acalma a mente; reanima o estado de inconsciência; dispersa o vento perverso.

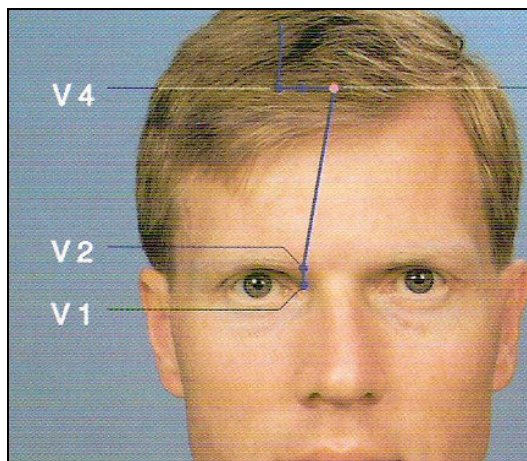


Figura 14: Localização do ponto B1, B2.

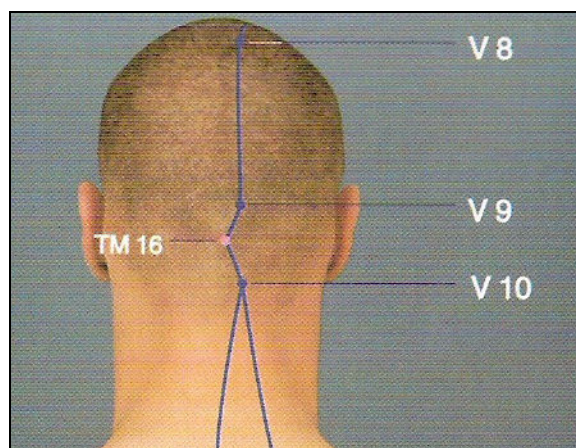


Figura 15: Localização do ponto B8

25) ID18

Origem:Quanliao

Interpretação do Nome: Porque está situado em uma depressão óssea do osso zigomático.

Localização: Situa-se na vertical que passa pelo ângulo lateral do olho, em uma reentrância muscular abaixo da margem inferior do osso zigomático.

Característica: Ponto que envia um canal de energia secundário para o ponto B1 do canal de energia principal da bexiga, ocorrendo a ligação do Tai Yang da mão (intestino delgado) com a Tai Yang do pé (bexiga); ponto que recebe um canal de energia secundário do canal de energia do triplo aquecedor; ponto de reunião dos canais tendinomusculares Yang do pé

Função energética: Dispersa o vento e o frio perverso; faz a limpeza do calor perverso.

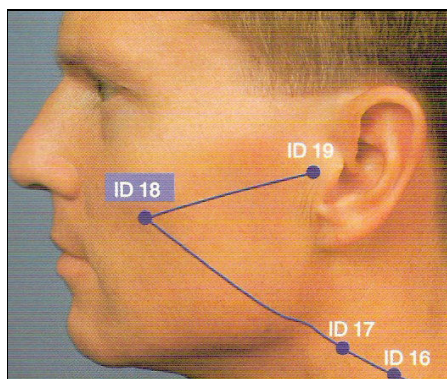


Figura 16: Localização do ponto ID18

26) F3

Origem: Taichong

Interpretação do Nome: “Grande impulsão”, porque é o ponto Yuan do canal de energia Jue Yin do pé que recebe o Qi do canal de energia curioso Chong Mai. Possui grande quantidade de Qi, portanto é um ponto com grande impulsão de Qi.

Localização: Situa-se no dorso do pé, no espaço entre o 1º e 2º ossos do metatarso e a um e meio tsun proximais ao F2.

Característica: Ponto fonte do canal de energia principal do fígado; ponto Iu-Yuan do canal de energia principal do fígado correspondendo ao movimento terra; ponto do canal de energia principal do fígado que recebe um canal de energia Luo transversal do canal de energia principal da vesícula biliar.

Função energética: Harmoniza e tonifica o Qi do fígado e o Sangue; harmoniza o Qi e o Dan Qi (Vesícula Biliar); redireciona o Qi em tumulto contracorrente; dispersa a umidade-calor; faz a limpeza do fogo do fígado e do calor; refresca o sangue; relaxa os tendões e os músculos.

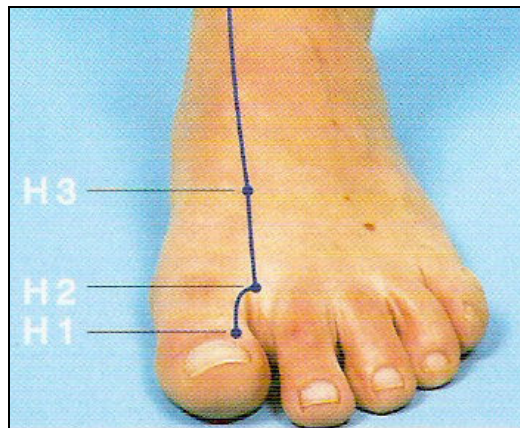


Figura 17: Localização do ponto F3

27) VG16

Origem: Fengfu

Interpretação do Nome: “O palácio do vento” porque é o local onde há concentração de afecções causadas por vento perverso.

Localização: Situa-se na nuca, sob a protuberância occipital externa, na linha mediana do corpo, ou a um tsun acima da linha de inserção dos cabelos.

Característica: Ponto que recebe a energia do canal de energia curioso Yang Wei Mai e principal da bexiga, a partir desse ponto, o VG envia canais de energia secundários para o encéfalo; vento perverso pode penetrar através deste ponto de acupuntura e atingir o encéfalo, provocando: calafrios, sudorese, dores de cabeça, peso no corpo e temor ao frio; local de concentração de energia de defesa; ponto onde termina o Luo longitudinal do VG; é um dos pequenos pontos “janela do céu”.

Função energética: Circula os Qi perverso dos três yang; circula o yang do corpo; harmoniza o pulmão; clareia a mente; guarda o Shen no coração; dispersa o vento, o vento-frio e o vento-calor.

28) VG27

Origem: Duiduan

Interpretação do Nome: Porque está situado no tubérculo do lábio superior da boca, na extremidade inferior do filtro labial.

Localização: Situa-se no tubérculo do lábio superior, na linha mediana da pele.

Função energética: Harmoniza o Qi contracorrente do Yin e do Yang; acalma o Shen (mente), resguarda a vontade; apaga o calor interno e dispersa o vento perverso.

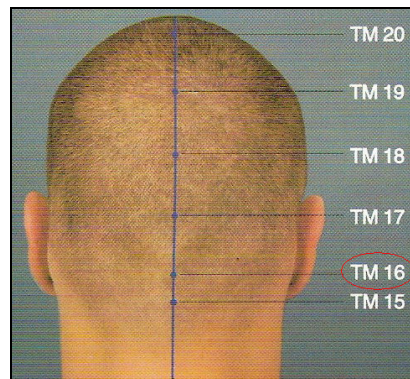


Figura 18: Localização do ponto VG16

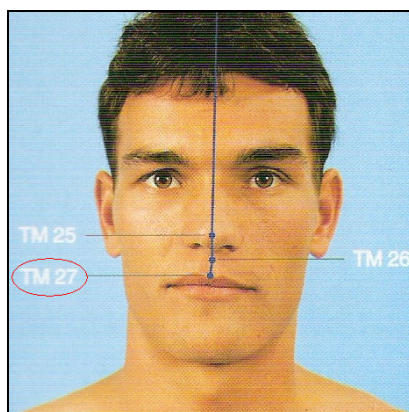


Figura 19: Localização do ponto VG27

29) VC24

Origem: Chengjiang

Interpretação do Nome: “Recipiente da saliva”, porque está localizado no sulco mentolabial, local que recebe saliva quando se exterioriza pela boca.

Localização: Situa-se na linha mediana anterior da face, no sulco mentolabial.

Característica: Ponto de partida dos canais de energia secundários que contornam os lábios e as gengivas para se unirem ao VG28, e ao canal unitário Yang Ming no ponto E1; ponto de união Yin à Yang.

Função energética: Aumenta a circulação de Qi do canal de energia; relaxa os tendões, os músculos e as articulações; dispersa o vento e o frio perverso; dissipa a umidade e a mucosidade; faz a limpeza do fogo contracorrente.

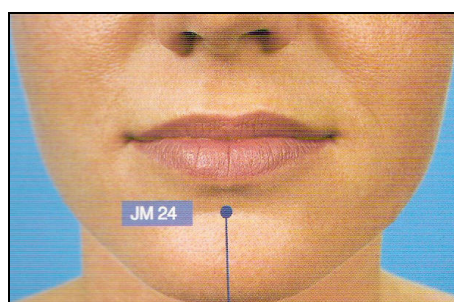


Figura 20: Localização do ponto VC24

6.1 PONTOS EXTRAS

A) Taiyang

Interpretação do Nome: Situa-se na cabeça, local de confluência de Yang Qi do corpo e o ponto trata cefaléias provocadas pelo excesso de yang.

Localização: Situa-se na tempora, aproximadamente a um tsun para trás do ponto médio, entre o extremo lateral do supercílio e o ângulo lateral do olho.

Função energética: Dispersa o vento e o vento-calor perverso da cabeça; clareia e refresca os olhos; dispersa o vento interno do fígado.

B) Yuyao

Interpretação do Nome: “Cintura do peixe”, porque a sobrancelha é comparada ao peixe e o ponto situa-se no meio do corpo do peixe.

Localização: Situa-se em uma reentrância óssea, localizada no meio da sombrancelha, na vertical que passa pela pupila dos olhos.

C) Jianchengjiang

Interpretação do Nome: São dois pontos situados bilateralmente ao VC24, parece prender o ponto VC24, pelos dois lados.

Localização: 1 ½ tsun lateral ao VC 24, onde se encontra o forame mental, na linha vertical que passa pelo ponto E4.

D) Qianzheng

Interpretação do Nome: “Conduzir à posição correta”, porque endireita o desvio da face provocada pela paralisia facial.

Localização: Situa-se na região pré-auricular, a meio tsun anterior ao lóbulo da orelha 0.5 a 1.0 tsun anterior ao lobo auricular.

7. CONCLUSÃO

O processo de recuperação na paralisia facial periférica vai depender da extensão e do tipo de lesão e principalmente da cooperação do paciente.

O período de resolução da patologia na maioria dos casos se estende de um de 1 a 3 meses com aplicação do tratamento adequado.

As técnicas fisioterápicas se mostram bastante eficazes se destacando a termoterapia (calor), crioterapia, massoterapia e cinesioterapia. A eletroterapia só deve ser aplicada após oito semanas de instalação da paralisia facial periférica para a manutenção do trofismo muscular e realizar a propriocepção por se apresentar em déficit, antes disso pode ser prejudicial e levar a alteração neuromuscular e conseqüentemente às complicações.

A aplicação da acupuntura no tratamento de reabilitação da paralisia facial periférica mostra-se bastante eficaz, pois visa o restabelecimento das estruturas musculares faciais a partir do equilíbrio energético.

A aplicação das técnicas tradicionais de fisioterapia, somadas as técnicas de acupuntura aumenta consideravelmente o prognóstico na reabilitação do paciente, pois enquanto as técnicas tradicionais de fisioterapia trabalham no retorno das atividades musculares faciais a acupuntura acelera o processo através do equilíbrio da energia corporal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BENTO, R. F.; BARBOSA, V. C. Paralisia Facial Periférica. In: LOPES FILHO, O. ; CAMPOS, C.A. H. **Tratado de Otorrinolaringologia**. Roca; São Paulo;1994.
2. GUEDES, Z. C. F. – **Atuação do Fonoaudiólogo na equipe Multidisciplinar de Atendimento ao portador da Paralisia Facial Periférica**. São Paulo, 1994.
3. GUYTON, Arthur C. **Tratado de fisiologia médica**. Ed. Guanabara Koogan.10ª edição. Rio de Janeiro, 2002.
4. LIAN, Yu-Lin, et al. **Atlas gráfico de acupuntura – Representación de los puntos de acupuntura**. Editado por Hans P. Ogal & Wolfram Stör.2005.
5. LUCENA, A.C.T. **Fisioterapia na Paralisia Facial Periférica**. Ed. Lovise. São Paulo, 1993.
6. MACIOCIA, Giovanni. **A Prática da Medicina Chinesa**. Ed. Roca, 1º edição, São Paulo, 1996.
7. MARTINS, M. B. R. e KWIEOZISKI, M. T. **Uma proposta de tratamento fisioterápico na Paralisia Facial Periférica, decorrente de herpes-zoster**. Monografia de graduação apresentada ao Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria, 2000.
8. ROSS, J. **Zang Fu: Sistemas de órgãos e vísceras da medicina tradicional chinesa**. Ed. Roca, 2º edição, São Paulo, 1994.
9. SALAVERRY, M.A. – **Tratamento das paralisias faciais periféricas endotemporais**. Caderno de Otorrinolaringologia, 02: 67 – 74, 1984.
10. TESSITORE, A. Abordagem Mioterápica com estimulação de pontos motores da face. In: MARCHESAN, I. Q. **Tópicos em fonaudiologia**. Vol II; Lovise; SP; 1995.
11. TESTA, J.R.G. – **Paralisia facial : diagnóstico e tratamento**. Revista brasileira de Atualização em Otorrinolaringologia, 04 : 143 – 49, 1997.
12. VAL, Hopwood, Et al. **Acupuntura e técnicas relacionadas à fisioterapia**.ed. Manole, 1º edição. São Paulo, 2001.
13. YAMAMURA, Ysao. **Acupuntura Tradicional – A arte de inserir**. Ed. Roca, 2º edição, São Paulo 2001.