



UNICEPLAC
CENTRO UNIVERSITÁRIO

Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC
Curso de Medicina
Trabalho de Conclusão de Curso

Corticóides e descompressão precoce do nervo facial na Paralisia de Bell: uma Revisão Sistemática e Meta-Análise

Gama-DF
2024

DANIELLE LOPES PORTO

Corticóides e descompressão precoce do nervo facial na Paralisia de Bell: uma revisão sistemática e meta-análise

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Medicina pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Orientador: Me. Carlos Darwin Gomes da Silveira

Gama-DF
2024

DANIELLE LOPES PORTO

Corticóides e descompressão precoce do nervo facial na Paralisia de Bell: uma revisão sistemática e meta-análise

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Medicina pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Gama-DF, 22 de maio de 2024.

Banca Examinadora

Prof. Me. Carlos Darwin Gomes da Silveira
Orientador

Prof. Me. Alessandro Ricardo Caruso da Cunha
Examinador

Prof. Dr. Carlos de Almeida Baptista Sobrinho
Examinador

Corticóides e descompressão precoce do nervo facial na Paralisia de Bell: uma revisão sistemática e meta-análise

Danielle Lopes Porto¹

Resumo:

Objetivos: Este trabalho é um estudo recente com o objetivo de comparar a eficácia terapêutica entre o tratamento conservador e o DNF. Além disso, é comparado o DNF antes de 14 dias e com 15 a 30 dias de sintomas, a fim de encontrar uma melhor janela de tempo para tratamento cirúrgico em pacientes com paralisia de Bell completa. Esses tópicos serão estudados por meio de uma revisão sistemática e meta-análise. **Métodos:** Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em inglês e seguindo as recomendações do PRISMA. A seleção dos estudos foi realizada seguindo os critérios de elegibilidade de acordo com a estratégia PICOS – pacientes com paralisia facial idiopática; comparação direta da recuperação da função do nervo facial entre DNF e tratamentos conservadores; Sistema de classificação House-Brackmann (HBGS); ensaio prospectivo, duplo-cego, randomizado e controlado. Um total de 5 estudos foram incluídos nesta revisão sistemática. **Resultados:** Com base no modelo de efeitos aleatórios ajustado em todos os cinco estudos, as pontuações de House-Brackmann melhoraram mais no grupo experimental DNF do que no grupo conservador de controle (MD, -0,27; IC 95%, -0,72 a 0,17), mas esta melhoria não alcançou significância estatística. **Conclusões:** Não há evidências suficientes para recomendar a terapia de descompressão do nervo facial em vez da terapia conservadora. Mas se a DNF for a terapia escolhida para o tratamento da paralisia facial, a cirurgia deve ser realizada em até 14 dias do início dos sintomas para maiores graus de melhora de acordo com a escala de House Brackmann.

Palavras-chave: Paralisia de Bell; Descompressão do Nervo Facial; Meta-análise.

¹ [1] Graduanda do Curso de Medicina, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E-mail: danielle.porto@medicina.uniceplac.edu.br

Abstract

Objectives: Facial nerve palsy is a paresis or paralysis of the facial muscles. In 2018 Sang-Yeon Lee compared the two therapies for Bell's palsy, conservative and surgical treatment. In this work, we will approach a recent study, from 2021, bringing the objective of comparing the therapeutic efficacy between the conservative treatment and FND. Also, we will compare FND before 14 days of symptoms against FND from 15 to 30 days, with the aim of finding a better window of time for surgical treatment in patients with complete Bell's palsy. We will study these topics through a systematic review and meta-analysis. **Methods:** A literature search was conducted in English and following the recommendations from PRISMA. The study selection was performed following the eligibility criteria in accordance to the PICOS strategy— patients with idiopathic facial paralysis; direct comparison of recovery of facial nerve function between FND and conservative treatments; House-Brackmann grading system (HBGS); prospective, double-blind, randomized controlled trial. A total of 5 studies were included in this systematic review. **Results:** Based on the random effects model adjusted over all the four studies, House-Brackmann scores were improved more in the experimental FND group than in the control conservative group (MD, -0.27 ; 95% CI, -0.72 to 0.17), but this improvement did not reach statistical significance. **Conclusions:** There is insufficient evidence to recommend Facial Nerve Decompression therapy over conservative therapy. But if FND is the chosen therapy for the treatment of facial paralysis, the surgery must be performed within 14 days of the onset of symptoms for greater degrees of improvement according to the House Brackmann scale.

Keywords

Bell Palsy; Facial Nerve Decompression; Meta-Analysis.

1 INTRODUÇÃO

A paralisia do nervo facial (PNF) é uma paresia ou paralisia dos músculos faciais, comumente, em um lado da face com envolvimento da fronte e sem anormalidades neurológicas. A PNF pode afetar ambos os sexos e qualquer idade, mas o pico de incidência ocorre entre a segunda e a quarta década (15–45 anos) (FINSTERER, 2008; PRESCOTT, 1988). A etiologia em 50% dos casos de PNF é desconhecida, sendo classificada como Paralisia de Bell, descrita pela primeira vez por NA Friedreich em 1797 (WOLF, 1998). A segunda causa mais comum é o trauma. Além disso, o funcionamento do nervo facial pode ser afetado por inúmeras outras causas, como infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), diabetes, doença de Lyme, tumores, otite média, herpes zoster (WALKER; MISTRY; MAZZONI, 2023). Normalmente, a paralisia não dura mais de 7 dias, mas alguns pacientes podem apresentar sintomas por meses ou anos, aumentando as chances de desenvolver complicações como ceratoconjuntivite seca (olho seco) e uma complicação mais rara, como fraqueza permanente dos músculos faciais (TIEMSTRA; KHATKHATE, 2007). O tratamento visa reduzir o tempo de paralisia facial e evitar possíveis complicações futuras. Inicialmente, os corticosteróides são usados nos primeiros dias de sintomas. Se o tratamento conservador falha, a outra opção de tratamento é a descompressão do nervo facial (DNF), um tratamento cirúrgico. A abordagem cirúrgica mais comum é a mastoidectomia (YANAGIHARA et al., 2001). A mastóide é removida para visualizar o nervo facial. Por meio de uma pequena broca e uma cureta delicada, é feita a identificação do canal de Falópio e exposição do nervo facial (YANAGIHARA et al., 2001). Sang-Yeon Lee (LEE; SEONG; KIM, 2019), em 2018, publicou uma revisão sistemática e meta-análise comparando as duas terapias para paralisia de Bell, tratamento conservador e cirúrgico. Sete estudos foram revisados, no entanto, o número de estudos randomizados foi pequeno, o que dificultou a conclusão do estudo. No entanto, Sang-Yeon conclui que o DNF é eficaz, especialmente para uma recuperação completa. Além disso, a intervenção precoce com DNF aumenta a eficácia terapêutica, mas não foi exposta uma janela de tempo ideal para a realização da cirurgia. Nesta revisão sistemática abordaremos estudos recentes, de 2018 a 2023, tendo como objetivo comparar a eficácia terapêutica entre o tratamento conservador e o DNF. Além disso, neste trabalho será comparado o DNF antes de 14 dias de sintomas com o DNF com 15 a 30 dias de sintomas, com o objetivo de encontrar uma melhor janela de tempo para o tratamento cirúrgico em pacientes com paralisia de Bell completa. Esses tópicos serão estudados por meio de uma revisão sistemática e meta-análise.

2 METODOLOGIA

2.1 Estratégia de Pesquisa

A estratégia de busca foi realizada em inglês e as bases de dados utilizadas foram: PubMed/MedLine, SciELO e Scopus. Foram pesquisados estudos disponíveis nas bases de dados no período de janeiro de 2018 a janeiro de 2023, sem restrição de idioma de publicação. Os seguintes termos foram usados para identificar artigos originais e revisões: #1 (paralisia de Bell) OU (paralisia de Bell) OU (paralisia facial idiopática) OU (paralisia facial idiopática) OU (paralisia facial) OU (paralisia facial) E #2 (descompressão) OU (descompressão do nervo facial) OU (descompressão facial) OU (descompressão transmastoídea) OU (descompressão da fossa média).

Usando #1 E #2, encontramos, ao total, 371 resultados nas bases de dados citadas anteriormente. O protocolo foi registrado no dia 17 de agosto de 2023, no internacional registro prospectivo de revisões sistemáticas (PROSPERO) sob o número de registro CRD42023452186.

2.2 Elegibilidade Critério

A estratégia PICOS, que prevê a população, intervenção, comparação, desfecho, desenho do estudo, foi utilizada para definir os critérios de elegibilidade. Os critérios de inclusão foram: (1) participantes que apresentavam paralisia facial idiopática (paralisia de Bell); (2) comparação direta da recuperação da função do nervo facial entre DNF e tratamentos conservadores; e (3) as medições dos resultados usando o sistema de classificação House-Brackmann (HBGS). Foram excluídas as seguintes publicações: (1) publicações que envolviam pacientes com diagnóstico de herpes zoster, que apresentavam paralisia facial de etiologia traumática ou paralisia facial recorrente (HALLMO; ELVERLAND; MAIR, 1983); (2) artigos de revisão e relatos de casos; e (3) publicações com artigos originais inacessíveis (por exemplo, apenas resumos estavam disponíveis) e/ou com dados incompletos; e (4) publicações duplicadas; (5) descompressão 30 dias após o início dos sintomas (retardada).

Todas as fases da seleção dos estudos foram realizadas por 2 revisores, que desconheciam as decisões um do outro, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão citados acima. Na primeira fase, os estudos foram selecionados com base nos títulos dos estudos e na análise dos resumos. Na segunda fase, foi realizada análise do texto completo dos estudos elegíveis e acrescentada a justificativa de exclusão de cada estudo descartado. Os estudos que atenderam aos critérios de inclusão na segunda fase foram incluídos em uma síntese qualitativa e análise quantitativa.

2.3 Extração e síntese de dados

Para a meta-análise, o processo de coleta de dados foi realizado de forma cega e independente pelos mesmos 2 revisores. Eventuais discordâncias seriam resolvidas através da análise de um terceiro revisor, o orientador. Foram obtidas as seguintes informações: autor, ano de publicação, desenho do estudo, idade e número de participantes, indicação cirúrgica, escores de classificação, resultados do tratamento, abordagem e tempo cirúrgico, momento da avaliação, recuperação dos escores de função facial para grupos de tratamento e controle.

Eles se concentraram principalmente no grau de melhora na função do nervo facial após DNF em comparação com um tratamento conservador baseado em tratamento no método de avaliação da HBGS (graus I, II, III, IV, V e VI). Os resultados do tratamento entre 6 e 12 meses após a realização do tratamento foram avaliados neste estudo. A paralisia facial recorrente foi referida no artigo de P Hallmo et al. (HALLMO; ELVERLAND; MAIR, 1983) e definida como dois casos ou mais em cerca de 9 anos, que pode ser ipsilateral ou contralateral. Não houve estudos suficientes para permitir qualquer análise estatística de dados contínuos, como alterações nos escores de eletroneurografia e eletromiografia. Além disso, análises de subgrupos de acordo com o momento cirúrgico foram avaliadas entre os estudos disponíveis. Especificamente, o momento cirúrgico foi classificado em intervenções precoces e tardias, de acordo com os respectivos autores do estudo.

Neste estudo, como a HBGS é uma escala de pontuação, foi seguido Sang-Yeon Lee (LEE; SEONG; KIM, 2019) e foi considerado como um desfecho contínuo, de modo que a “medida de risco” utilizada seja simplesmente a estimativa das desvio médio (MD) e, em vez de usar um teste estatístico, os respectivos intervalos de confiança (IC) de 95% foram calculados usando o modelo de efeitos aleatórios. A seleção de efeitos aleatórios foi determinada com base em uma compreensão conceitual da presença de efeitos populacionais nos estudos incluídos, em vez de utilizar os resultados estatísticos de testes de homogeneidade.

Todas as análises foram realizadas utilizando o Software R (R CORE TEAM, 2022) ambiente para computação estatística e gráficos, versão 4.1.3 (Equipe principal R, 2022) e o meta (Balduzzi, Rücker e Schwarzer, 2019), versão 6.2-1, para realizar uma meta-análise com R.

Foi calculada a estatística I^2 para avaliar taxas de heterogeneidade entre os estudos. Alguns autores (ARIEL DE LIMA et al., 2022) sugerem uma escala em que um I^2 com valores mais próximos de 0% indicam não heterogeneidade entre os estudos, enquanto aqueles mais próximos de 25% indicam baixa heterogeneidade, aqueles mais próximos de 50% indicam heterogeneidade moderada e aqueles mais próximos de 75% indicam alta heterogeneidade entre os estudos.

Uma análise de cada estudo foi realizada pelos mesmos 2 revisores de acordo com a avaliação de risco de viés do Instituto Joanna Briggs (JBI) (AROMATARIS E, FERNANDEZ R, GODFREY C, HOLLY C, KHALIL H, TUNGPUNKOM P., 2020). O instrumento utilizado foi o checklist de avaliação crítica do JBI para estudos quase-experimentais (Estudos Experimentais não randomizados). Neste checklist, cada uma das 9 questões sobre a metodologia do estudo deve ser respondida por meio de 4 opções: sim (S), não (N), pouco claro (U) ou não aplicável (NA). O risco de viés é julgado e calculado pelo número de questões que foram respondidas selecionando “sim” ou “S” em alto, moderado ou baixo risco de viés. Caso alguma questão seja respondida com “não aplicável” ou “NA”, ela não é considerada no cálculo do risco de viés. Acima de 70% é considerado baixo risco de viés, entre 50% e 70% é moderado e até 49% é alto.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

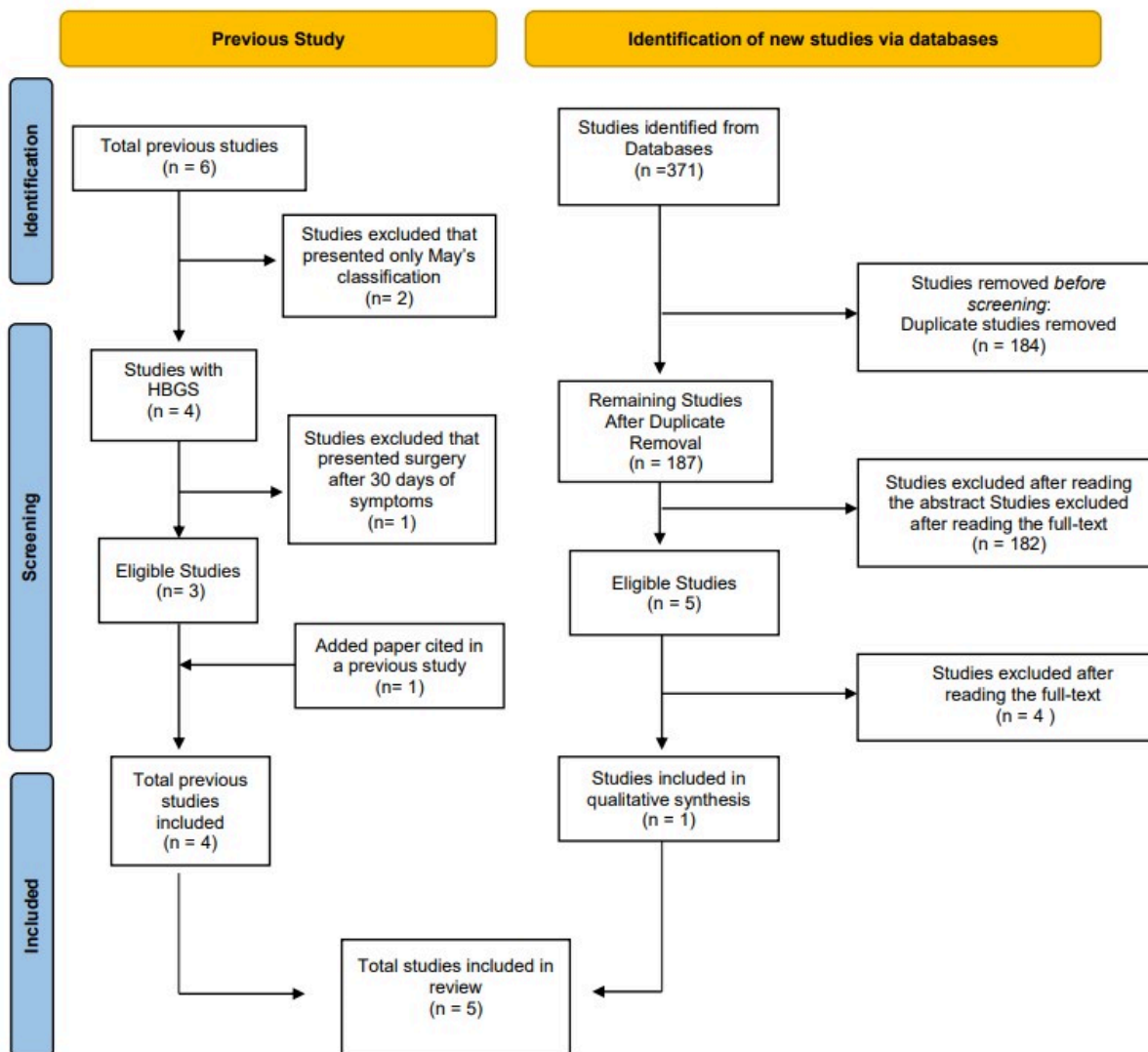
3.1 Seleção dos Estudos

Um resumo do processo de seleção dos estudos é apresentado na Figura 1. Todo o processo de seleção dos artigos está de acordo com as diretrizes do PRISMA. A primeira fase do processo de busca identificou 371 estudos em 2 bases de dados. Foram removidos 184 estudos duplicados e selecionados 187 estudos para serem analisados por meio da leitura do título e do resumo. Destes, 182 os estudos foram excluídos pelos critérios de exclusão estabelecidos, e 5 estudos foram incluídos na segunda fase, que consistiu na análise do texto completo. Quatro artigos foram excluídos nesta etapa pelos seguintes motivos: 3 estudos não compararam DNF com corticosteróides; 1 estudo utilizou um grupo com DNF entre 21-70 dias, sem separar os pacientes por dia. Inagaki et al. (INAGAKI; TAKAHASHI; MURAKAMI, 2021) foi o único estudo selecionado para síntese qualitativa nesta revisão sistemática.

De acordo com o estudo de Lee (LEE; SEONG; KIM, 2019), dois estudos foram excluídos, Li et al. (LI et al., 2016) e Brown (BROWN, 1982), por apresentar os resultados com a classificação de May (HBGS modificada). O estudo de m (KIM et al., 2016) foi excluído por apresentar resultados com pacientes operados mais de 30 dias após os sintomas iniciais (entre 21 e 70 dias).

Gantz et al. (GANTZ et al., 1999) analisaram três conjuntos de dados em conjunto, onde um deles veio de seu estudo em Iowa, outro foi originalmente apresentado por Marsh e Coker (MARSH; COKER, 1991) e o outro foi de Sillman et al. (SILLMAN et al., 1992). Os dados de Marsh e Coker (1991) não possuíam grupo controle e foram descartados. Os outros dois conjuntos de dados foram utilizados na meta-análise atual, mas com Sillman et al. (SILLMAN et al., 1992), os dados foram coletados do estudo original para garantir que se enquadrem nos critérios de inclusão e exclusão.

Figura 1.
Diagrama de identificação e seleção dos artigos adaptados do PRISMA.



3.2 Características dos estudos incluídos na meta-análise

As características demográficas e clínicas observadas nas publicações selecionadas estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1.
Dados demográficos e características clínicas dos estudos inscritos

Estudo (ano, país)	Design de estudo	Idade (ano, faixa)	Nº do grupo DNF	Nº de controles	Indicação cirúrgica	Classificação de avaliação	Resultado do tratamento
Inagaki et al.(INAGAKI; TAKAHASHI; MURAKAMI, 2021) (2021, Japão, grupo A)	Retrospectivo	DNF: 19–62 (42,7±3,5); controle: 19–73 (49,5±3,9)	8	20	Degeneração >95% (com base no ENoG) em 3 a 21 dias após o início.	HBGS	Recuperação da função facial
Inagaki et al.(INAGAKI; TAKAHASHI; MURAKAMI, 2021) (2021, Japão, grupo B)	Retrospectivo	DNF: 19–56 (40,2±2,6); controle: 19–73 (49,5±3,9)	27	20	Degeneração >95% (com base no ENoG) em 3 a 21 dias após o início.	HBGS	Recuperação da função facial
Yanagihara et al.(YANAGIHARA et al., 2001) ^e (2001, Japão)	Retrospectivo	DNF: 16–71 (média±34,6); controle: 16–84 (média±55,1)	21	43	Degeneração >95% (com base em EMG)	HBGS	Recuperação da função facial Pós-operatório, complicações
Gantz et al.(GANTZ et al., 1999) (1999, EUA, Iowa, grupo A)	Prospectivo	DNF: 9–58 (média, 32); controle: 23–66 (média, 47)	19	11	HBGS V ou VI Degeneração CMAP >95% (com base em EMG)	HBGS	Recuperação da função facial
Gantz et al.(GANTZ et al., 1999) (1999, EUA, Iowa, grupo B)	Prospectivo	DNF: 20-57 (média, 41) controle: 23-66 (média, 47)	7	11	Degeneração >90% (com base em ENoG) Nenhum EMG voluntário dentro de 2 semanas	HBGS	Recuperação da função facial, complicações pós-operatórias
May et al.(MAY; KLEIN; TAYLOR, 1985) (1985, EUA)	Prospectivo	Não disponível	25	13	Paralisia completa (e) degeneração >90% (com base em EMG)	HBGS	Recuperação da função facial
Sillman et al.(SILLMAN et al., 1992) (1992, EUA)	Retrospectivo	Não disponível	9	25	Degeneração >90% (com base em ENoG)	HBGS	Recuperação da função facial

DNF, descompressão do nervo facial; HBGS, sistema de classificação House-Brackmann; EMG, eletromiografia; ENoG, eletroneurografia.

Conforme mostra a Tabela 1, as médias de idade dos participantes foram semelhantes, entre 40 e 56 anos. No entanto, May et al. (MAY; KLEIN; TAYLOR, 1985) não informou a idade dos participantes. As indicações cirúrgicas são aproximadamente as mesmas em todos os estudos apresentados. O mesmo ocorre com o resultado do tratamento. Comparando o número de participantes, Inagaki et al. (INAGAKI; TAKAHASHI; MURAKAMI, 2021), grupo B, teve o

maior número de participantes do grupo DNF, com 27 participantes. O maior número no grupo controle, com 43 participantes, foi de Yanagihara (YANAGIHARA et al., 2001). Por outro lado, Gantz (GANTZ et al., 1999), grupo B, teve o menor número de participantes: 7 no grupo DNF e 11 no grupo controle.

3.3 A recuperação da função do nervo facial

A Tabela 2 compara os principais desfechos entre DNF e tratamentos conservadores. Apenas os estudos de Gantz et al. (GANTZ et al., 1999) apresentam resultados da abordagem cirúrgica da fossa média, enquanto os demais estudos apresentam resultados da abordagem transmastóidea.

O momento cirúrgico, mensurado em dias desde o início dos sintomas, foi classificado pela maioria dos autores como precoce ou tardio, quando antes de 14 dias ou 14 dias e depois, respectivamente. Somente Inagaki (INAGAKI; TAKAHASHI; MURAKAMI, 2021) considerou 18 dias ou menos como antecipado e 19 dias ou mais como atrasado.

Para a avaliação da recuperação, todos os estudos decorreram entre 6 a 12 meses desde o início do tratamento.

Tabela 2
Comparação dos resultados do tratamento entre DNF e tratamento conservador

Estudo/país	Cirúrgico Abordagem	Momento cirúrgico	Tempo de avaliação (mês)	DNF	Ao controle
				Recuperação da função facial HBGS	Recuperação da função facial HBGS
Inagaki et al.(INAGAKI; TAKAHASHI; MURAKAMI, 2021) (2021) Japão	Abordagem Transmastóidea	≤ 14 dias (grupo A)	12	(Total=8) I: 5 II: 2 III: 1	(Total=20) I: 6
Inagaki et al.(INAGAKI; TAKAHASHI; MURAKAMI, 2021) (2021) Japão	Abordagem Transmastóidea	14-30 dias (grupo B)	12	(Total=27) I: 12 II: 4 III: 11	(Total=20) I: 6
Yanagihara et al. (YANAGIHARA et al., 2001) (2001)/Japão	Abordagem transmastóidea	15 -30 dias (grupo B)	12	(Total=21) I: 12 II: 6 III:3 IV-VI: 0	(Total=43) I: 10 II: 16, III: 11, IV-V: 6
Gantz et al.(GANTZ et al., 1999) (1999)/EUA, Iowa	AMF	<14 dias (grupo A)	7	(Total=19) I: 9, II: 9, III: 1, IV-VI: 0	(Total=11) I: 0, II: 4, III: 7, IV-VI: 0
Gantz et al.(GANTZ et al., 1999) (1999)/EUA, Iowa	AMF	14-28 dias (grupo B)	7	(Total=7) I: 0, II: 2, III: 5, IV-VI: 0	(Total=11) I: 0, II: 4, III: 7, IV-VI: 0
May et al.(MAY; KLEIN; TAYLOR, 1985) (1985)/EUA	Abordagem transmastóidea	<14 dias (grupo A)	>6	(Total=25) I: 0, II: 5, III: 11, IV: 9	(Total=13) I: 1, II: 2, III: 9, IV: 1
Sillman e cols.(SILLMAN et al., 1992) (1992, EUA)	Não disponível	≤ 14 dias (grupo A)	12	(Total=9) I: 5 II: 2 III: 1 IV: 1	(Total=25) I: 5 II: 6 III: 12 IV: 2

DNF, descompressão do nervo facial; HBGS, sistema de classificação House-Brackmann; MFA, abordagem da fossa média.

Em Yanagihara et al. (YANAGIHARA et al., 2001), os valores foram obtidos pela inspeção visual da Figura 2. Os resultados ali contidos foram aplicados com grupos antes de 18 dias e entre 18 e 40 dias. Além disso, pacientes com graus 4 e 5 de House Brackmann foram combinados no mesmo grupo, utilizando uma média de 4,5 para gerar o resultado do presente estudo.

Todos os estudos foram submetidos à análise de subgrupos de acordo com o tempo de operação, grupo A, de 0 a 14 dias, e grupo B, de 15 a 30 dias. Como também mostrado na Figura 1.

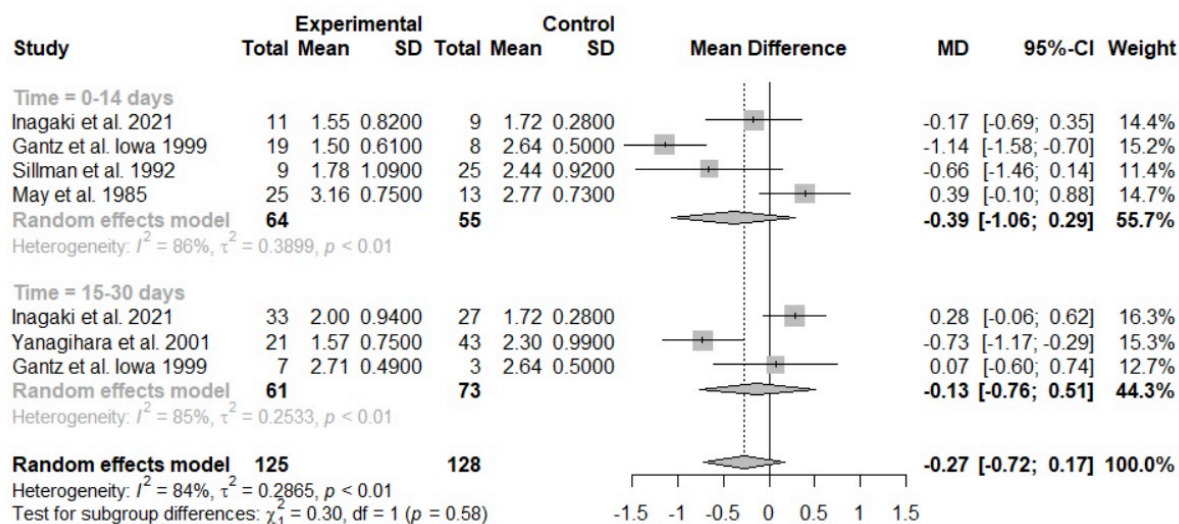
Com base no modelo de efeitos aleatórios ajustado em todos os quatro estudos (Figura 2), as pontuações de House-Brackmann melhoraram mais no grupo experimental DNF do que no grupo conservador de controle (MD, -0,27; IC 95%, -0,72 a 0,17), mas esta melhoria não alcançou significância estatística. A estatística $I^2=84\%$ ($P<0,01$) indica alta heterogeneidade entre os estudos, o que reafirma nossa escolha pelo modelo de efeitos aleatórios.

Em relação ao grupo de intervenção A, foram encontradas mais melhorias na pontuação de House-Brackmann no grupo de tratamento cirúrgico (MD, -0,39; IC 95%, -1,06 a 0,29), enquanto também no grupo B (MD, -0,13; IC 95% , -0,76 a 0,51).

No entanto, tanto para os grupos de intervenção A como B, os resultados não foram estatisticamente significativos. Em ambos os subgrupos, as estatísticas do I^2 foram superiores a 75% e, portanto, consistindo em estudos altamente heterogêneos.

Figura 2.

Subgrupo e resultados gerais



3.4 Avaliação do risco de viés

Todos os artigos foram considerados de baixo risco de viés. Nenhum artigo apresentou múltiplas medidas do desfecho pré e pós-intervenção/exposição, apenas ENOG pré-exposição e HBGS pré e pós-exposição (Questão 5). Isso é mostrado na Tabela 3.

Tabela 3.
Lista de verificação de avaliação crítica do JBI para estudos quase experimentais

	Inagaki et al.(INAGAKI; TAKAHA SHI; MURAKAMI, 2021)	Yanagihara et al.(YANAGIHARA et al., 2001)	Gantz et al.(GANTZ et al., 1999)	May et al.(MAY; KLEIN; TAYLOR, 1985)	Sillman et al.(SILLMAN et al., 1992)
1. Está claro no estudo qual é a “causa” e qual é o “efeito” (ou seja, não há confusão sobre qual variável vem primeiro)?	S	S	S	S	S
2. Os participantes incluídos em alguma comparação foram semelhantes?	S	S	S	S	S
3. Os participantes foram incluídos em alguma comparação que recebeu tratamento/cuidado semelhante, além da exposição ou intervenção de interesse?	S	S	S	S	S
4. Houve grupo de controle?	S	S	S	S	S
5. Houve múltiplas medições do resultado antes e depois da intervenção/exposição?	N	N	N	N	N
6. O acompanhamento foi completo e, caso contrário, as diferenças entre os grupos em termos de acompanhamento foram adequadamente descritas e analisadas?	S	S	S	S	N
7. Os resultados dos participantes foram incluídos em alguma comparação medida da mesma forma?	S	S	S	S	S
8. Os resultados foram medidos de forma fiável?	S	S	S	S	S
9. Foi utilizada análise estatística adequada?	NA	NA	NA	NA	NA
Risco de viés (%)	77%	77%	77%	77%	77%

S, sim; N, não; NA, não se aplica.

3.5 Avaliação de Qualidade

Para avaliar a qualidade dos artigos incluídos, a diretriz da evidência foi avaliada de acordo com a abordagem GRADE (classificação de avaliação, desenvolvimento e avaliação de recomendações), recomendada no Manual Cochrane para revisões sistemáticas de intervenções. A avaliação da diretividade da evidência consiste na avaliação da população, intervenção, comparação e resultado do estudo – semelhante à estratégia PICO.

Os critérios foram adaptados de acordo com a questão de revisão deste estudo. Havia 4 critérios seguindo os 4 componentes da estratégia PICO. A baixa franqueza da evidência foi definida quando o estudo atendeu a menos de 3 critérios, a franqueza moderada da evidência quando o estudo atendeu a 3 dos 4 critérios e a alta franqueza da evidência quando todos os critérios foram atendidos (Tabela 4). A diretividade da evidência foi considerada alta em todos os quatro estudos.

Tabela 4.
Avaliação da qualidade dos estudos com base na categoria de diretriz da evidência

Estudar	Tipo de estudo	Amostra	População: pacientes com paralisia facial idiopática (paralisia de Bell)	Intervenção: DNF	Comparador: tratamentos conservadores (corticóides)	Resultado: Sistema de classificação House-Brackmann (HBGS)	DoE
Inagaki et al.(INAGAKI; TAKAHASHI; MURAKAMI, 2021)	Retrospectivo	55	Sim	Sim	Sim	Sim	A
Yanagihara et al.(YANAGIHARA et al., 2001)	Retrospectivo	64	Sim	Sim	Sim	Sim	A
Gantz et al.(GANTZ et al., 1999)	Prospectivo	37	Sim	Sim	Sim	Sim	A
May et al.(MAY; KLEIN; TAYLOR, 1985)	Prospectivo	38	Sim	Sim	Sim	Sim	A
Sillman e outros.(SILLMAN et al., 1992)	Retrospectivo	34	Sim	Sim	Sim	Sim	A

A, alto

3.6 Discussão

Este artigo é uma atualização do estudo de Lee et al. (LEE; SEONG; KIM, 2019), onde esses autores compararam a eficácia terapêutica do DNF versus o tratamento conservador por meio de uma revisão sistemática e meta-análise baseada em sete estudos elegíveis. Cinco desses sete estudos mediram a eficácia terapêutica pelo grau de House Brackmann. No presente estudo, foi atualizada sua análise revisando sua literatura e adicionando um novo estudo recente.

Essa meta-análise não encontrou diferença estatisticamente significativa no grau de House

Brackmann entre a descompressão cirúrgica do nervo facial e o tratamento conservador, confirmando a conclusão de Lee et al. (LEE; SEONG; KIM, 2019) na eficácia terapêutica medida pela escala House Brackmann.

Um dado importante para a melhor escolha do tratamento é o momento do início dos sintomas. Inagaki (INAGAKI; TAKAHASHI; MURAKAMI, 2021) e Gantz (GANTZ et al., 1999) realizaram dois estudos com dois grupos de pacientes, de 0 a 14 dias e de 15 a 30 dias do início dos sintomas, facilitando a compreensão. Os benefícios de ambos os tratamentos parecem ser maiores no grupo de intervenção anterior. Contudo, a cirurgia parece ser melhor, mas não estatisticamente melhor que o controle. A atualização aumentou o intervalo de confiança de 95%, lançando ainda mais dúvidas sobre o efeito benéfico da cirurgia.

A DNF também apresenta possíveis complicações e riscos como qualquer outra cirurgia. A hospitalização dura cerca de 4 dias. As complicações podem ser decorrentes de infecções (peri e pós-operatórias), perda auditiva, tontura, zumbido, hematoma, fistula, entre outras.

Mas se a DNF for a terapia escolhida para o tratamento da paralisia facial, a cirurgia parece ser melhor se realizada dentro de 14 dias do início dos sintomas, para maiores graus de melhora segundo a escala de House Brackmann. Como Lee (LEE; SEONG; KIM, 2019) sugeriu, o tratamento cirúrgico é eficaz, mas não podemos afirmar estatisticamente que haja superioridade sobre o tratamento com corticosteróides.

Este estudo tem algumas limitações. A terapia conservadora, com corticosteróides, não está padronizada em todos os estudos. Isso porque cada país possui seu protocolo de tratamento inicial com corticoide, com diferentes tipos e doses. Além disso, a abordagem cirúrgica pode ser outro fator. Havia dois tipos de abordagem: fossa média e transmastóidea. São abordagens semelhantes, mas não são iguais e podem levar a resultados diferentes. Além disso, a maioria dos pacientes dos estudos realizou tratamento médico antes de serem submetidos à DNF, não podendo ter conhecimento do real benefício isolado da cirurgia. Fatores de risco como idade e comorbidades não foram considerados na análise dos resultados, pois são de grande importância para a recuperação do nervo facial.

Outra limitação importante foi a diferença de anos entre os estudos, como May (MAY; KLEIN; TAYLOR, 1985), e Inagaki (INAGAKI; TAKAHASHI; MURAKAMI, 2021), de 2021. A diferença de 36 anos pode ser um dos fatores que explicam a grande heterogeneidade entre os estudos.

Com base nos dados apresentados, esta revisão sugere que ainda são necessários estudos prospectivos randomizados e controlados complementares para melhor comparar os dois tratamentos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há evidências suficientes para recomendar DNF em vez de terapia conservadora. Portanto, cada caso deve ser analisado individualmente pelo otorrinolaringologista quanto à escolha da cirurgia de descompressão do nervo facial ou corticoterapia, avaliando as limitações e benefícios para cada paciente.

REFERÊNCIAS

- ARIEL DE LIMA, D. et al. HOW TO PERFORM A META-ANALYSIS: A PRACTICAL STEP-BY-STEP GUIDE USING R SOFTWARE AND RSTUDIO. **Acta Ortopédica Brasileira**, v. 30, n. 3, p. e248775, 2022.
- AROMATARIS E, FERNANDEZ R, GODFREY C, HOLLY C, KHALIL H, TUNGPUNKOM P. Chapter 10: Umbrella Reviews. Em: **JBI Manual for Evidence Synthesis**. [s.l.] Aromataris E, Munn Z, 2020.
- BROWN, J. S. Bell's palsy: A 5 year review of 174 consecutive cases: An attempted double blind study. **The Laryngoscope**, v. 92, n. 12, p. 1369–1373, 1982.
- FINSTERER, J. Management of peripheral facial nerve palsy. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 265, n. 7, p. 743–752, 2008.
- GANTZ, B. J. et al. Surgical Management of Bell's Palsy. **The Laryngoscope**, v. 109, n. 8, p. 1177–1188, ago. 1999.
- HALLMO, P.; ELVERLAND, H. H.; MAIR, I. W. Recurrent facial palsy. **Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 237, n. 2, p. 97–102, 1983.
- INAGAKI, A.; TAKAHASHI, M.; MURAKAMI, S. Facial and hearing outcomes in transmastoid nerve decompression for Bell's palsy, with preservation of the ossicular chain. **Clinical Otolaryngology**, v. 46, n. 2, p. 325–331, mar. 2021.
- KIM, S. H. et al. Delayed facial nerve decompression for Bell's palsy. **European Archives of Oto-Rhino-Laryngology**, v. 273, n. 7, p. 1755–1760, jul. 2016.
- LEE, S.-Y.; SEONG, J.; KIM, Y. H. Clinical Implication of Facial Nerve Decompression in Complete Bell's Palsy: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Clinical and Experimental Otorhinolaryngology**, v. 12, n. 4, p. 348–359, 7 set. 2019.
- LI, Y. et al. Delayed surgical management is not effective for severe Bell's palsy after two months of onset. **International Journal of Neuroscience**, v. 126, n. 11, p. 989–995, 1 nov. 2016.
- MARSH, M. A.; COKER, N. J. Surgical decompression of idiopathic facial palsy. **Otolaryngologic Clinics of North America**, v. 24, n. 3, p. 675–689, jun. 1991.
- MAY, M.; KLEIN, S. R.; TAYLOR, F. H. Idiopathic (bell's) facial palsy: Natural history defies steroid or surgical treatment. **The Laryngoscope**, v. 95, n. 4, p. 406–409, 1985.
- PRESCOTT, C. A. J. Idiopathic facial nerve palsy. **The Journal of Laryngology & Otology**, v. 102, n. 5, p. 403–407, maio 1988.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. Vienna, Austria. R Foundation for Statistical Computing, , 2022. Disponível em: <<https://www.R-project.org/>>
SILLMAN, J. S. et al. Prognostic value of evoked and standard electromyography in acute facial paralysis. v. 107, n. 3, 1992.

TIEMSTRA, J. D.; KHATKHATE, N. Bell's palsy: diagnosis and management. **American Family Physician**, v. 76, n. 7, p. 997–1002, 1 out. 2007.

WALKER, N. R.; MISTRY, R. K.; MAZZONI, T. Facial Nerve Palsy. Em: **StatPearls**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.

WOLF, S. R. Die idiopathische Fazialisparese. **HNO**, v. 46, n. 9, p. 786–798, 1 set. 1998.

YANAGIHARA, N. et al. Transmastoid Decompression As a Treatment of Bell Palsy. **Otolaryngology–Head and Neck Surgery**, v. 124, n. 3, p. 282–286, mar. 2001.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, Denise e Rogério, que sempre me apoiaram e me ajudaram em toda a minha vida. Por eles sou motivada diariamente a continuar focada nos meus estudos, e dar o meu melhor nessa caminhada. Sem eles, nada seria construído.

Agradeço também, aos meus amigos que fazem parte do meu dia, e que deixam tudo ser mais leve. Em especial, agradeço minha colega de turma Luiza Meirelles por ter sido uma insigne amiga e de suma importância para a finalização deste presente trabalho.

Desde já, agradeço ao meu orientador, Carlos Darwin, que me acolheu de forma única num dos momentos mais desafiadores e importantes que tive durante o curso de medicina.

Por fim, agradeço aos avaliadores do Trabalho de Conclusão de Curso, que me deram uma oportunidade imensa de aprender mais sobre a medicina baseada em evidências, e me incentivaram a realizar novos projetos.