REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

MANIFESTAÇÕES OCULARES NA PARALISIA DE BELL: ÊNFASE NO LAGOFTALMO PARALÍTICO E SUAS COMPLICAÇÕES

OCULAR MANIFESTATIONS IN BELL'S PALSY: EMPHASIS ON PRALYTIC LAGOOPHTHALMOS AND ITS COMPLICATIONS

Ciências da Saúde • 27/04/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/776708128

Vitória Souza Lima Queiroz[1]

Maria Clara Fogaça de Souza[2]

Bruna dos Santos Leonardo[3]

Laura Vargas da Silva[4]

Vitória Alves Caetano[5]

Priscila Parente Santos[6]

Murilo de Melo Lima[7]

Eliety Moraes de Melo[8]

Valéria Paula Sassoli Fazan[9]

Jarlan Ferreira Diniz[10]

Thaís Anjos de Castro[11]

RESUMO

A paralisia de Bell é a causa mais comum de paralisia facial periférica, podendo comprometer significativamente a função palpebral e a proteção ocular. Dentre as manifestações oftalmológicas, destaca-se o lagoftalmo paralítico, caracterizado pela incapacidade de oclusão completa das pálpebras, o que predispõe a complicações como ceratopatia de exposição, úlceras corneanas e infecções. O objetivo do estudo é analisar as principais manifestações oculares associadas à paralisia de Bell, com ênfase no lagoftalmo paralítico e suas complicações. Trata-se de uma revisão da literatura, realizada por meio de busca nas bases de dados PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram incluídos estudos publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem manifestações oculares na paralisia de Bell. Excluíram-se relatos de caso, estudos duplicados e artigos que não contemplassem o objetivo proposto. Os estudos evidenciaram que o lagoftalmo paralítico é uma das manifestações mais frequentes, estando diretamente associado ao risco de ressecamento ocular, ceratite de exposição e lesões corneanas. Fatores como gravidade da paralisia, atraso no tratamento e ausência de medidas protetoras oculares contribuem para pior prognóstico. Intervenções como lubrificação ocular, oclusão palpebral e, em casos mais graves, abordagens cirúrgicas, demonstram eficácia na prevenção de complicações. Conclui-se que reconhecer precocemente as manifestações oculares na paralisia de Bell, especialmente do lagoftalmo paralítico, é fundamental para a instituição de medidas terapêuticas adequadas, visando prevenir complicações e preservar a função visual.

Palavras-chave: Complicações; Lagoftalmo; Paralisia de Bell; Prognóstico; Visão.

ABSTRACT

Bell's palsy is the most common cause of peripheral facial paralysis, and it can significantly compromise eyelid function and ocular protection. Among the ophthalmological manifestations, paralytic lagophthalmos stands out, characterized by the inability to completely close the eyelids, which predisposes to complications such as exposure keratopathy, corneal ulcers, and infections. The objective of this study is to analyze the main ocular manifestations associated with Bell's palsy, with emphasis on paralytic lagophthalmos and its complications. This is a literature review, conducted through searches in the PubMed, SciELO, and Virtual Health Library (VHL) databases. Studies published in the last five years, in Portuguese, English, and Spanish, that addressed ocular manifestations in Bell's palsy were included. Case reports, duplicate studies, and articles that did not meet the proposed objective were excluded. Studies have shown that paralytic lagophthalmos is one of the most frequent manifestations, being directly associated with the risk of dry eye, exposure keratitis, and corneal lesions. Factors such as the severity of the paralysis, delayed treatment, and the absence of protective eye measures contribute to a worse prognosis. Interventions such as ocular lubrication, eyelid occlusion, and, in more severe cases, surgical approaches, demonstrate effectiveness in preventing complications. It is concluded that early recognition of ocular manifestations in Bell's palsy, especially paralytic lagophthalmos, is fundamental for the institution of appropriate therapeutic measures, aiming to prevent complications and preserve visual function.

Keywords: Complications; Lagophthalmos; Bell's palsy; Prognosis; Vision.

1. INTRODUÇÃO

A paralisia de Bell é a forma mais comum de paralisia facial periférica aguda, caracterizada por início súbito e etiologia idiopática, frequentemente associada a processos inflamatórios e infecciosos (SINGH; DESHMUKH, 2022; LI et al., 2024). Trata-se de uma neuropatia relativamente frequente, responsável por cerca de 60 a 75% dos casos de paralisia facial, com incidência variável entre 7 e 40 casos por 100.000 indivíduos ao ano (SINGH; DESHMUKH, 2022). Embora sua etiologia permaneça incerta, há forte associação com infecções virais, especialmente pelos vírus herpes simplex e herpes zoster (SINGH; DESHMUKH, 2022).

Essa condição pode comprometer significativamente a função da musculatura facial, incluindo estruturas perioculares essenciais para a proteção da superfície ocular, levando a manifestações oftalmológicas relevantes (SINGH; DESHMUKH, 2022; LI et al., 2024). Entre essas, destaca-se o lagoftalmo paralítico, caracterizado pela incapacidade de fechamento completo das pálpebras, o que favorece a exposição corneana e o desenvolvimento de complicações (RITA et al., 2022).

Dessa forma, torna-se fundamental compreender as manifestações oculares associadas à paralisia de Bell, com ênfase no lagoftalmo paralítico e suas complicações, visando otimizar o manejo clínico e reduzir desfechos adversos (SINGH; DESHMUKH, 2022; LI et al., 2024).

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O nervo facial desempenha papel fundamental na motricidade da musculatura da mímica facial, incluindo o músculo orbicular dos olhos, responsável pelo fechamento palpebral (SINGH; DESHMUKH, 2022; DOTY et al., 2025). A integridade deste nervo é essencial para a

manutenção da função ocular, uma vez que o piscar adequado e o fechamento das pálpebras são determinantes para a proteção da superfície ocular.

Na paralisia facial periférica, há disfunção do nervo facial, resultando em perda do tônus muscular e incapacidade de fechamento completo das pálpebras, condição denominada lagoftalmo (RITA et al., 2022). Além disso, fatores mecânicos, como a retração palpebral superior e a flacidez da pálpebra inferior, contribuem para a exposição ocular (GUIMARÃES; LUGARINI; MOREIRA, 2026).

O lagoftalmo paralítico leva à exposição contínua da córnea, favorecendo a evaporação do filme lacrimal e comprometendo sua função protetora e nutritiva. Como consequência, desenvolve-se ceratite de exposição, podendo evoluir para ulceração corneana e, em casos mais graves, perda visual (RITA et al., 2022; GUIMARÃES; LUGARINI; MOREIRA, 2026).

Estudos demonstram que a paralisia de Bell é a principal causa de lagoftalmo, representando cerca de 35,83% dos casos em serviços hospitalares, com boa resposta ao tratamento conservador, especialmente quando instituído precocemente (RITA et al., 2022). Além disso, o tempo de evolução da paralisia e a presença de comorbidades influenciam diretamente o prognóstico e o risco de complicações (GUIMARÃES; LUGARINI; MOREIRA, 2026).

O manejo terapêutico inclui medidas conservadoras, como lubrificação ocular com lágrimas artificiais, uso de pomadas oftálmicas e oclusão ocular noturna, que são fundamentais para prevenir a progressão das lesões corneanas (GUIMARÃES; LUGARINI; MOREIRA, 2026). Em casos persistentes ou graves, pode ser

necessário tratamento cirúrgico, como tarsorrafia ou implante de peso palpebral, com o objetivo de restaurar a função palpebral (SINGH; DESHMUKH, 2022; LI et al., 2024).

3. METODOLOGIA

A presente pesquisa consiste em uma revisão da literatura conduzida de acordo com as recomendações dos itens de relatórios preferenciais para revisões sistemáticas e meta-análises PRISMA.

Estratégia de busca

A busca bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, Scielo e BVS, com o objetivo de identificar estudos relacionados aos fatores associados ao atraso no diagnóstico da leucemia em crianças. As pesquisas foram realizadas em abril de 2026. Utilizaram-se os seguintes termos de pesquisa, selecionados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH): facial paralysis (paralisia facial), lagophthalmos OR eye complications (lagoftalmo ou complicações oculares), Bell Palsy (paralisia de Bell), Lagophthalmos OR Facial Paralysis (Lagoftalmo OU Paralisia Facial), Corneal Diseases OR Keratitis OR Corneal Ulcer OR Dry Eye Syndromes (Doenças da córnea OU Ceratite OU Úlcera da córnea OU Síndrome do olho seco), conforme descrito e apresentados juntamente com a estratégia de busca utilizada no PubMed e adaptada aos outros bancos de dados (Quadro 1).

Quadro 1: Estratégias utilizadas na busca eletrônica.

Bases de dados	Estratégia de busca	Resultados

PubMed	*#1 “Facial paralysis” [Mesh]* *#2 “Lagophthalmos OR Eye complications” [Mesh]* *#3 #1 AND #2 AND*	18
Scielo	*#3 #1 AND #2 AND*	1
BVS	*#4 “Bell Palsy” [Mesh]* *#5 “Lagophthalmos OR Facial Paralysis” [Mesh]* *#6 “Corneal Diseases OR Keratitis OR Corneal Ulcer OR Dry Eye Syndromes” [Mesh]* *#7 #4 AND #5 AND #6*	26
Cochrane Library	*#8 #4 AND #6*	38
Google Acadêmico	*#9 #4 AND #5 AND #6*	13
Total	----------	**96**

Fonte: Elaboração própria.

Questão de Pesquisa

A questão de pesquisa e a estratégia utilizadas neste estudo foram baseadas no modelo População, Intervenção, Comparação, Desfecho (PICO), comumente aplicado na prática baseada em evidências e recomendado para revisões sistemáticas. Dessa forma, pacientes com paralisia de Bell foram utilizadas como “População”; para “Intervenção”, foi considerado a presença de lagoftalmo paralítico e manejo clínico (lubrificação, oclusão, tratamento); para “Comparação” foi considerado ausência de lagoftalmo ou manejo inadequado e/ou tardio e como “Desfecho”, foram considerados complicações oculares (ceratite de exposição, úlcera de córnea,

perda visual). Assim, a pergunta final do PICO foi: Em pacientes com paralisia de Bell, o manejo adequado do lagoftalmo paralítico reduz a ocorrência de complicações oculares quando comparado ao manejo tardio ou inadequado?

Critérios de Elegibilidade

Foram incluídos artigos completos em português, inglês e espanhol, publicados nos últimos cinco anos. Utilizaram-se os seguintes critérios de exclusão: revisões bibliográficas, revisões sistemáticas e publicações com mais de cinco anos.

Seleção dos Estudos

O processo de seleção dos estudos foi realizado por dois revisores independentes, e qualquer divergência foi resolvida por um terceiro revisor. A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa foram avaliados os títulos e resumos das referências identificadas por meio da estratégia de busca e os estudos potencialmente elegíveis foram pré-selecionados. Na segunda etapa, foi realizada a avaliação do texto na íntegra dos estudos pré-selecionados para confirmação da elegibilidade. O processo de seleção foi realizado por meio da plataforma Rayyan (https://www.rayyan.ai/). O processo de seleção dos estudos está representado no fluxograma PRISMA apresentado na Figura 1.

Estudos Incluídos

Após o processo de seleção, os seguintes estudos foram incluídos: estudos observacionais, estudos de prevalência, estudos prognósticos, estudos diagnósticos, ensaios clínicos controlados,

estudos de rastreamento, livros, meta-análises e ensaios controlados randomizados.

Extração dos Dados

Para essa etapa foram utilizados formulários eletrônicos padronizados. Os revisores, de forma independente, conduziram a extração de dados com relação às características metodológicas dos estudos, intervenções e resultados. As diferenças foram resolvidas por consenso. Os seguintes dados dos estudos foram inicialmente verificados: autores, ano de publicação, tipo de estudo, amostra, métodos, protocolo de intervenção e grupo controle (caso existisse), desfechos avaliados, resultados e conclusões.

Avaliação da Qualidade Metodológica dos Estudos Incluídos

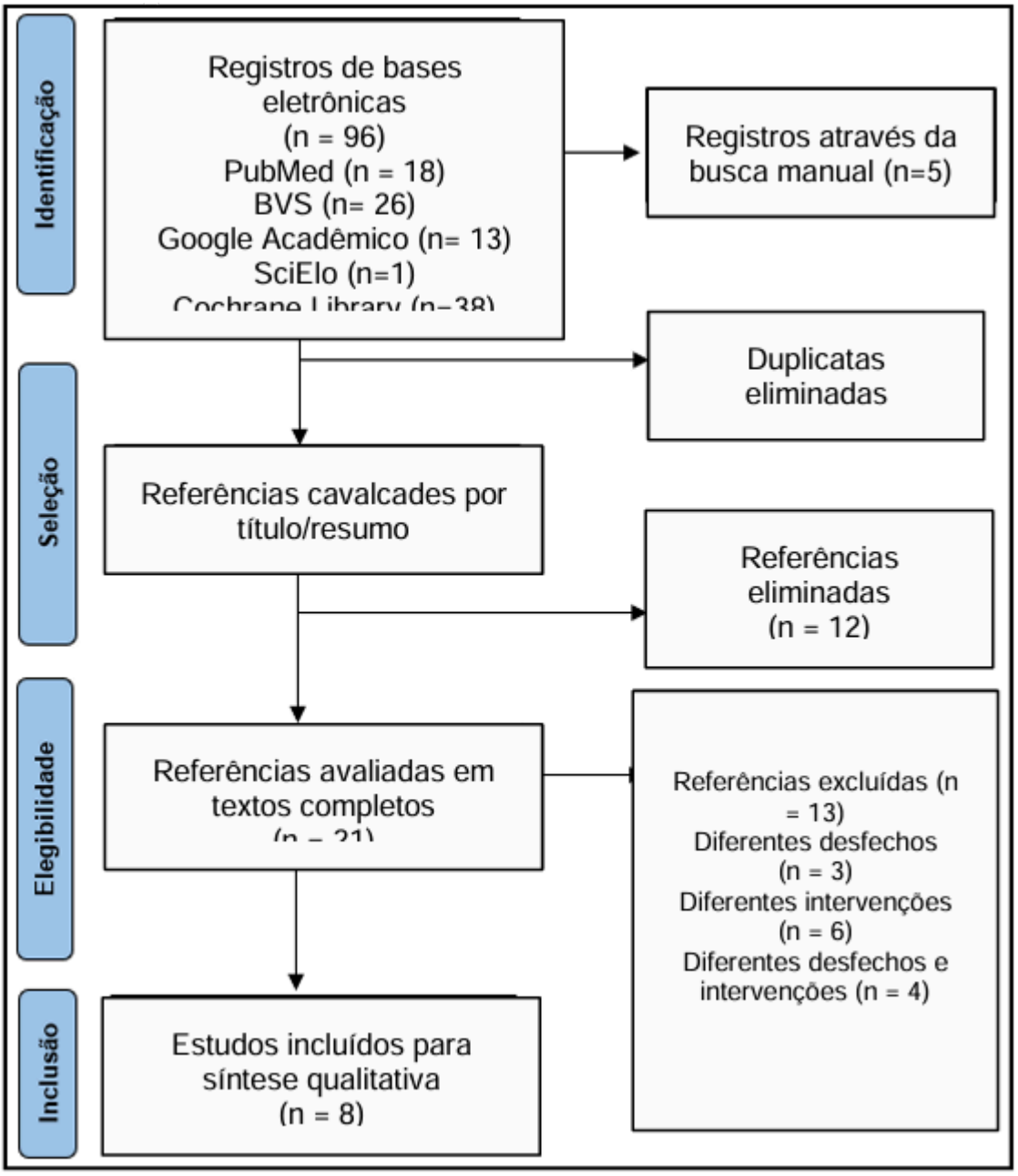
A qualidade metodológica e/ou risco de viés dos estudos foi avaliado de forma independente por dois revisores utilizando as ferramentas apropriadas para cada desenho de estudo, como segue: ensaio clínico randomizado - Ferramenta de Avaliação do Risco de Viés da Cochrane, ensaio clínico não randomizado ou quase experimental - Ferramenta ROBINS-I.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Inicialmente, foram identificados 96 artigos na base de dados (quadro 1). Após a etapa de triagem por meio da leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 33 estudos potencialmente relevantes para análise. Posteriormente, realizou-se a leitura completa dos artigos selecionados, resultando na avaliação de 21 estudos na íntegra. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, 13 artigos foram excluídos por não apresentarem relação direta com o objetivo

da pesquisa. Ao final do processo de seleção, 8 estudos foram incluídos na presente revisão. O fluxograma com o processo de seleção dos estudos está apresentado na Figura 1. Os estudos analisados evidenciam que compreender as manifestações oculares na paralisia de Bell reduz os desfechos adversos.

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos de acordo com o PRISMA.

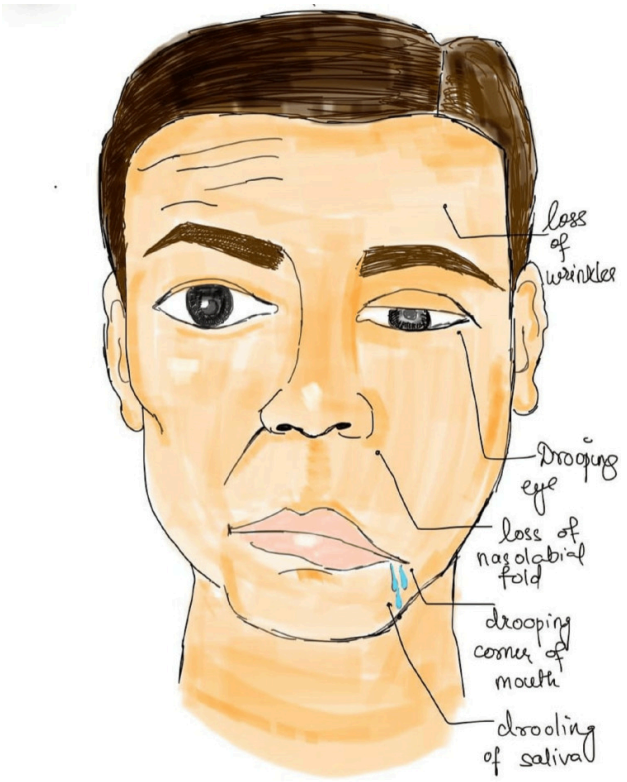


A análise da literatura demonstra que o lagoftalmo paralítico representa uma das principais manifestações oculares na paralisia de Bell, sendo diretamente responsável pela exposição corneana e

pelo desenvolvimento de complicações oculares relevantes (SINGH; DESHMUKH, 2022; LI et al., 2024). Nesse contexto, a presença dessa alteração, quando não manejada adequadamente, configura importante fator de risco para desfechos desfavoráveis.

O aparecimento dos sintomas da paralisia de Bell é súbito e a gravidade atinge o pico em 48 a 72 horas, variando de fadiga leve a paralisia grave dos músculos faciais do lado ipsilateral. Os sintomas incluem a incapacidade de piscar ou fechar o olho, franzir os lábios ou levantar o canto da boca e apresentam características como queda de metade do rosto, queda da sobrancelha ipsilateral, achatamento do sulco nasolabial, dor ipsilateral ao redor da orelha ou perda auditiva, olho seco ou boca seca (Figura 2). Outros sintomas incluem hiperacusia causada pela ruptura das fibras nervosas no músculo estapédio, alterações no paladar e olhos secos causados por comprometimento parassimpático (SINGH; DESHMUKH, 2022).

Figura 2: Representação das características clínicas de um paciente com paralisia de Bell.



Fonte: SINGH; DESHMUKH, 2022.

Além das características clínicas, deve-se realizar alguns exames como: neurológico, otológico e oftalmológico, avaliar a pele e a glândula parótida pois, pode-se suspeitar de herpes zoster se houver bolhas ou crostas ao redor da orelha, conhecidas como síndrome de Ramsay-Hunt, que podem resultar em perda auditiva e também paralisia do nervo facial. O examinador deve observar as expressões faciais e testar os movimentos faciais, como rugas na testa (ramo temporal), capacidade de fechar os olhos firmemente, distensão facial (ramo mandibular), simetria do sorriso, franzir os olhos (ramo zigomático) e enrugamento do nariz (ramo bucal). O grau e o prognóstico da paralisia do nervo facial podem ser avaliados pelo sistema de classificação de House-Brackmann, que possui seis graus, conforme demonstrado na tabela 1 (SINGH; DESHMUKH, 2022).

Tabela 1: Sistema de classificação do nervo facial de House-Brackmann.

GRAU	DESCRIÇÃO	CARACTERÍSTICAS
I	Normal	Função facial normal em todas as áreas.
II	Disfunção leve	Aspecto macroscópico: Leve fraqueza perceptível em inspeção minuciosa; pode apresentar sincinesia muito leve. Em repouso: simetria e tônus normais Movimento: testa - função moderada a boa; olho - fechamento completo com esforço mínimo; boca - ligeira assimetria.
III	Disfunção moderada	Aspecto macroscópico: Diferença óbvia, mas não desfigurante, entre os dois lados; sincinesia, contratura ou espasmo hemifacial perceptíveis, mas não graves; fechamento completo dos olhos com esforço. Em repouso: simetria e tônus normais Movimentos: testa - movimento leve a moderado; olhos - fechamento completo com esforço; boca - leve fraqueza com esforço máximo.
IV	Disfunção moderadamente grave	Fraqueza evidente ou assimetria desfigurante; Em repouso: simetria e tônus normais Movimento: testa - nenhum; olho - fechamento incompleto; boca - assimétrica com esforço máximo.
V	Disfunção grave	Movimento quase imperceptível; assimetria em repouso Movimento: testa - nenhum; olho - fechamento incompleto; boca - leve movimento
VI	Paralisia total	Sem movimento

Fonte: House Brackmann - Facial Nerve Grading System", 2020

Evidências apontam que pacientes submetidos a manejo precoce e adequado do lagoftalmo paralítico apresentam menor incidência de complicações oculares, quando comparados àqueles que recebem tratamento tardio ou inadequado (RITA et al., 2022; GUIMARÃES; LUGARINI; MOREIRA, 2026). A ausência de oclusão palpebral efetiva compromete a distribuição do filme lacrimal, favorecendo o ressecamento da superfície ocular e a progressão para ceratite de exposição, podendo evoluir para ulceração corneana e perda visual (RITA et al., 2022).

Além disso, o tempo de evolução da paralisia facial mostra-se diretamente relacionado ao prognóstico clínico. Pacientes com início precoce das medidas terapêuticas, especialmente nas primeiras semanas, apresentam maior taxa de recuperação e menor risco de complicações, enquanto o atraso na intervenção está associado a piores desfechos (RITA et al., 2022; GUIMARÃES; LUGARINI; MOREIRA, 2026). Esses achados reforçam a importância da intervenção imediata na prevenção de danos à superfície ocular.

O manejo conservador, incluindo lubrificação ocular, uso de pomadas e oclusão palpebral, demonstra elevada eficácia na estabilização da superfície ocular e na prevenção de complicações quando instituído precocemente (GUIMARÃES; LUGARINI; MOREIRA, 2026). Em contrapartida, a ausência dessas medidas ou sua implementação tardia contribui para a progressão do quadro clínico, aumentando o risco de ceratite e lesões corneanas.

Nos casos em que há persistência do lagoftalmo ou falha do tratamento conservador, intervenções cirúrgicas, como tarsorrafia ou implante de peso palpebral, tornam-se necessárias, especialmente em pacientes com maior risco de dano corneano (SINGH;

DESHMUKH, 2022; LI et al., 2024). A necessidade de abordagem cirúrgica, nesses casos, frequentemente reflete a gravidade do quadro e, em muitos casos, o atraso na condução terapêutica inicial.

Adicionalmente, a literatura destaca a importância da abordagem multidisciplinar no manejo da paralisia de Bell, envolvendo oftalmologistas e outros profissionais de saúde, a fim de garantir diagnóstico precoce, monitoramento contínuo e intervenção adequada (SINGH; DESHMUKH, 2022; G. DE SOUZA; HOEGEN, 2022). Essa integração contribui significativamente para a redução de complicações e melhor prognóstico funcional.

Dessa forma, evidencia-se que o manejo adequado e precoce do lagoftalmo paralítico desempenha papel fundamental na redução das complicações oculares em pacientes com paralisia de Bell, corroborando a importância de estratégias terapêuticas oportunas na preservação da função visual e na melhoria dos desfechos clínicos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O lagoftalmo paralítico configura-se como uma das principais manifestações oculares na paralisia de Bell, estando diretamente associado ao risco de complicações corneanas decorrentes da exposição da superfície ocular. As evidências analisadas demonstra que o manejo precoce e adequado dessa condição, por meio de medidas conservadoras como lubrificação ocular e oclusão palpebral, exerce papel fundamental na prevenção de desfechos adversos, como ceratite de exposição, ulceração corneana e perda visual.

Em contrapartida, o atraso na implementação dessas intervenções ou sua condução inadequada está associado à pior evolução clínica e maior necessidade de abordagens invasivas, incluindo intervenções cirúrgicas. Diante disso, reforça a importância do reconhecimento precoce das manifestações oculares e da instituição imediata de medidas terapêuticas. Ademais, a atuação multidisciplinar mostra-se essencial para o manejo adequado dos pacientes, contribuindo para a redução de complicações e melhora do prognóstico funcional.

Portanto, conclui-se que o manejo oportuno do lagoftalmo paralítico é determinante na redução de complicações oculares em pacientes com paralisia de Bell, sendo fundamental para a preservação da função visual e melhoria dos desfechos clínicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DOTY, S. et al. Examining timing of periorbital interventions in patients with upper division facial paralysis. Head & neck, v. 47, n. 1, p. 317–323, jan. 2025.

Everything about Bell's Palsy. Disponível em: https://dentagama.com/news/bells-palsy-unilateral-facial-paralysis.

G. DE SOUZA; HOEGEN, C. Síndrome de Bell: uma revisão de literatura acerca da abordagem terapêutica. Núcleo do Conhecimento, p. 53–76, 11 nov. 2022.

GUIMARÃES, P. A.; LUGARINI, G.; MOREIRA, L. B. Lagoftalmo paralítico decorrente da paralisia facial periférica: características clínicas e abordagem multidisciplinar. Revista Brasileira de Oftalmologia, v. 85, 2026.

House Brackmann - Facial Nerve Grading System. Disponível em: https://sorensenclinic.com/microsurgery/house-brackmann/.

LI, H. et al. Development of a clinical diagnostic model for Bell's palsy in patients with facial muscle weakness. Biomolecules and Biomedicine, v. 24, n. 6, p. 1795–1805, 17 out. 2024.

MENCHETTI, I. et al. Surgical interventions for the early management of Bell's palsy. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 2021, n. 1, 26 jan. 2021.

MONTEIRO, R. P. G. Uso da toxina botulínica para melhora no aspecto facial das assimetrias decorrentes da paralisia de Bell: relato de caso. monografias.ufma.br, 22 dez. 2022.

RITA, M. R. H. et al. Lagophthalmos: An etiological lookout to frame the decision for management. Indian Journal of Ophthalmology, v. 70, n. 8, p. 3077–3082, 1 ago. 2022.

SINGH, A.; DESHMUKH, P. Bell's palsy: A review. Cureus, v. 14, n. 10, 11 out. 2022.

---

[1] Graduanda em Medicina. Centro Universitário Presidente Antônio Carlos (FAME). Juiz de Fora - MG

[2] Universidade do Oeste Paulista (Unoeste). Graduanda em Medicina. Presidente Prudente - SP

[3] Universidade do Oeste Paulista (Unoeste). Graduanda em Medicina. Presidente Prudente - SP

[4] Unicesumar. Graduanda em Medicina. Maringá - PR. Orcid: https://orcid.org/0009-0004-9562-9852

[5] Universidade de Brasília. Graduanda em Medicina. Orcid: https://orcid.org/0009-0006-2041-8705

[6] Universidade do Estado do Amazonas. Graduanda em Medicina. Manaus - AM

[7] Afya Porto Velho. Graduando em Medicina

[8] UNIFEV. Graduada em Fisioterapia

[9] Graduanda em Medicina. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-1293-5308. Ribeirão Preto - SP

[10] AFYA Paraíba. Graduando em Medicina. Orcid: https://orcid.org/0009-0008-7200-2407

[11] Graduada em Medicina. Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos de Porto Nacional (ITPAC PORTO)