

Parálisis facial periférica a frígori. Terapia acupuntural

Peripheral facial paralysis. Acupuncture therapy

Dra. Elvia Isabel Paz Latorre; Dr. Oscar García-Roco Pérez; Dr. Lázaro Ochoa Undargaraím; Dr. Nelson Aguilar Pasin

Clínica de Medicina Natural y Tradicional. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un ensayo clínico fase III con 93 pacientes de ambos sexos, entre las edades de 5 a 20 años remitidos a la clínica de Medicina Natural y Tradicional del ISCM Carlos J Finlay por las consultas especializadas de Neurología y Maxilo Facial de los hospitales de la provincia Camagüey con el diagnóstico de parálisis facial periférica a frígori en el período comprendido entre enero de 2001 a julio de 2002. La muestra se dividió en dos grupos control y estudio, con 62 y 31 pacientes respectivamente (en una proporción de dos por uno). Los objetivos propuestos fueron determinar la conducta terapéutica a seguir, evaluar el tratamiento y sus resultados y demostrar la efectividad de la terapia acupuntural para lograr la calidad del tratamiento en la parálisis facial periférica a frígori. Concluimos que en las parálisis producidas por cambio de temperatura tratadas con acupuntura su recuperación motora es más rápida, el uso indiscriminado de los esteroides trae consigo mayor número de reacciones adversas no favorables para el desarrollo del niño y mientras más rápido se instaure el tratamiento con acupuntura la recuperación motora de los pacientes es más rápida y mejor será la calidad de nuestros tratamientos.

DeCS: PARÁLISIS FACIAL; PARÁLISIS DE BELL; TERAPIA POR ACUPUNTURA.

ABSTRACT

A clinical essay, phase III, was carried out with 92 patients of both sexes, from 5 to 20 years old remitted to the Natural and Traditional Medicine Clinic at "Carlos J. Finlay Medical University by the specialized consultations of neurology and Maxillofacial of Camagüey province with the diagnosis of peripheral facial paralysis within the period from January 2001 to July 2002. The sample was divided into two groups control. and study, the control with 62 patients and the study with 31 (in a proportion of two by one). The objectives proposed were: determine the therapeutic behaviour to follow; evaluate treatment and results and show the effectiveness of the acupuncture therapy to achieve the quality of treatment in the peripheral facial paralysis. Concluding, palsies produced by temperature changes treated with acupuncture, its motor recovering is faster, the indiscriminate use of steroids brings about a higher number of side effects unfavorable for child development. Motor recovering of patients would be faster with the early instauration of acupuncture treatment and the quality of our treatments would be better.

DeCS: FACIAL PARALYSIS; BELL PALSY; ACUPUNCTURE THERAPY.

INTRODUCCIÓN

La parálisis facial periférica a frígori o parálisis de Bell fue descrita por primera vez por el médico inglés Charles Bell (1829) de cuyo apellido toma su nombre.¹⁻⁴ El nervio facial inerva todos los músculos correspondientes a la expresión del rostro y se relaciona fundamentalmente con el nervio auditivo (VIII par), el nervio intermediario de Wrisberg (VII par), la rama sensitiva del trigémino (V par) y la rama gustativa del glossofaríngeo (IX par). Es un nervio motor mixto, lo que trae como consecuencia la presencia de un cuadro clínico florido y de gran complejidad al análisis en innumerables ocasiones.⁴⁻⁸

La parálisis facial periférica es un proceso detectado con relativa frecuencia en nuestro medio. Es una enfermedad aguda que ocurre a cualquier edad, aunque se observa generalmente en personas entre 15 y 45 años de edad, casi siempre es unilateral con afectación parcial o total del nervio facial en sus porciones terminales, y puede recidivar en algunas ocasiones.⁹⁻¹²

Aunque se ha demostrado que existe una tendencia a aumentar en determinadas épocas del año, se ha descrito su aparición en brotes epidémicos, razón por la cual se le denominó parálisis facial a frígori debido a los cambios de temperatura.^{1, 3, 5} La causa es todavía especulativa. La patogénesis más aceptada universalmente es la de ser una enfermedad desmielizante inflamatoria en áreas longitudinales del nervio que se extienden desde el cerebro hasta la periferia. Otros autores señalan la estrangulación del nervio con el edema o supuestamente por virus.^{1, 10, 12}

La parálisis facial se caracteriza por un dolor detrás de la oreja que puede preceder a la debilidad facial desarrollada en el plazo de unas horas hasta culminar a veces en la parálisis completa, la parte afectada queda plana sin expresión y los pacientes pueden quejarse de molestias en el lado indemne aparentemente más deformado que el afectado.^{1, 2}

Una lesión inmediata proximal a las ramas del nervio puede ocasionar trastornos en la salivación, el sabor y causar lagrimeo e hiperacusia. De todo lo expuesto anteriormente existen pruebas que sirven como indicadores para realizar un buen diagnóstico y pronóstico de la enfermedad: la de estimulación máxima (PEM), la electroneurografía, la medida del flujo salival de la glándula submaxilar y el estudio electromiográfico de las latencias de conducción. En el orden estrictamente clínico los elementos de buen pronóstico más importantes son: ojo húmedo o lloroso, parálisis incompleta, corto período de progresión e inicio inmediato de la recuperación, tener menos de 40 años de edad y ausencia de trastornos del gusto.^{1, 13}

De acuerdo con el enfoque tradicional la parálisis facial periférica se deriva de una obstrucción en la circulación de la energía y la sangre por los meridianos yang que se extienden por la región facial debido a la invasión de los factores patógenos exógenos de viento y frío a los mismos, los cuales, por sus características de atacar la parte superior, la necesidad de unirse a otros factores patógenos para agredir al organismo, la facilidad de deprimir el yang y la capacidad de contraerse y causar estancamiento, provocan una desnutrición de los músculos faciales con la aparición de la enfermedad y su deficiencia motora fundamentalmente.¹²⁻¹⁵

Después de consultar el tema y dada su frecuencia de aparición, decidimos realizar el presente estudio con el propósito de evaluar la efectividad de la terapia acupuntural y unificar criterios médicos que ayuden a la mejor calidad del tratamiento de esta patología en nuestro medio.

MÉTODO

Se realizó un ensayo clínico fase III aleatorizado, paralelo y abierto en la Clínica de Medicina Natural y Tradicional del ISCM Carlos J. Finlay de Camagüey con 93 pacientes según criterios de inclusión (ambos sexos, edades de 5 a 20 años, pronóstico de recuperación: presencia de ojos llorosos, rápida asistencia a consulta del insulto nervioso y no haber padecido con anterioridad de parálisis facial, voluntariedad), remitidos a dicha clínica por las consultas especializadas de los hospitales de la provincia Camagüey con el diagnóstico de parálisis facial periférica a frígori en el período comprendido entre enero de 2001 a julio de 2002. Se excluyeron pacientes con enfermedades asociadas: diabetes mellitus, hipertensión, úlceras gastroduodenales o sintomatología gástrica de hiperacidez, y las embarazadas. La muestra se dividió en dos grupos control y estudio, con 62 y 31 pacientes, respectivamente (en una proporción de dos por uno). Se solicitó el consentimiento de los pacientes o los tutores para participar en la investigación, se les explicó qué tipo de tratamiento recibirían: a un grupo, con tratamiento de esteroides, se le adicionó la acupuntura, y el otro, acupuntura solamente.

Se confeccionó una encuesta por pacientes. Para la selección de los puntos se tuvo en cuenta el esquema topográfico del doctor Tomás Armando Álvarez¹¹⁻¹⁶: V1, V2, E4, E6, TF17, VG26, VC24, I G4. Al aplicar el tratamiento acupuntural (lunes, martes y miércoles) se tuvo en cuenta la posición del paciente y la correcta esterilización de las agujas para evitar posible sepsis. A todos los pacientes del grupo control, con esquema de tratamiento de esteroides, se les administró la siguiente dosificación:

Dosificación Prednisolona: (tableta de 5 mg)

Del 1^{ro} al 4^{to} día _____ 6 tabletas (60 mg) 2 veces al día

-. 5to día _____ 4 tabletas (40 mg) 2 veces al día

-. 6to día _____ 3 tabletas (30 mg) 2 veces al día

-. 7mo día _____ 2 tabletas (20 mg) 2 veces al día

Del 8^{vo} al 10^{mo} día _____ 1 tableta (5 mg) por la mañana

El ciclo de esteroides duró 10 días y su dosis se redujo de forma escalonada. Estos pacientes fueron vistos por el clínico. En ambos grupos se indicó masaje suave con el pulpejo de los dedos y ejercicios de los músculos faciales para estimular la circulación sanguínea y evitar la atrofia. ¹⁻⁴ La recuperación motora se evaluó de la siguiente manera:

Buena: La función motora de los músculos faciales se recupera completamente sin secuelas.

Regular: Cuando se mantienen signos aislados o quedan secuelas de los pliegues de la frente, el cierre de los ojos y la desviación de la comisura labial.

Mal: Los signos y los síntomas permanecen inalterables después del tratamiento.

La información se organizó en tabla simple de doble entrada. La comparación de los resultados obtenidos en los grupos de estudio y control se determinó mediante la prueba de homogeneidad. Mediante el SPSS para Windows se aplicó estadística descriptiva e inferencial con distribuciones de frecuencia, media aritmética y tablas de contingencia con la prueba de Chi-cuadrado con un nivel de significación de 0, 05.

RESULTADOS

Al comparar los dos grupos estudiados mediante el test de hipótesis de proporciones en relación con la edad y sexo, no se observaron diferencias entre ambos grupos ($p > 0, 05$). La mayor cantidad de pacientes osciló entre cinco y 15 años de edad. Estos resultados no se compararon con otras investigaciones porque en las mismas no se estudiaron los pacientes mayores de 15 años. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución por edades en los grupos control y estudio

Edad (años)	Grupo Control	Grupo Estudio	Total
5-10	28	14	42
11-15	30	15	45
16-20	4	2	6
Total	62	31	93

Fuente: encuesta $p > 0, 05$

Con respecto a la recuperación motora debemos destacar que todos los pacientes de nuestra investigación cumplían con un pronóstico favorable de la parálisis facial, sólo dos casos evolucionaron regularmente en las edades de 16 a 20 años, pero esto no es

significativo si lo comparamos con los 91 pacientes que se recuperaron satisfactoriamente. (Tabla 2)

Tabla 2. Comportamiento del grado de recuperación motora de la parálisis facial periférica a frígori en relación con el tiempo de tratamiento

Tiempo de tratamiento (sesiones)	Grupo Control Esteroides + acupuntura	Grupo Estudio Acupuntura
1 a 10	4	10**
11 a 20	27	21*
21 a 30	31	-
Total	62	31

Fuente: encuesta * p = 0, 0173 ** p = 0, 0005

Entre las 10 primeras sesiones en el grupo control se recuperaron cuatro pacientes y 10 del grupo estudio, donde p fue altamente significativo (** p = 0, 0005).

Entre las 11 y 20 sesiones se recuperaron 27 pacientes en el grupo control y 21 del grupo estudio (* p = 0, 0173).

De forma general, la mayor cantidad de pacientes se recuperó de la parálisis en el grupo control entre las 11 y 30 sesiones, no ocurrió así en el grupo estudio que fue más rápida entre las 10 y 20 sesiones.

Se demostró que el tratamiento acupuntural en la parálisis facial periférica a frígori o de Bell debe considerarse como una terapia de elección y no alternativa si tenemos en cuenta el pronóstico y la causa de la misma.

Al relacionar reacciones adversas provocadas por los dos tratamientos utilizados en la investigación, se registró una mayor cantidad de complicación en el grupo control y quedó demostrada la existencia de una diferencia entre el tipo de tratamiento utilizado y las complicaciones presentadas (p < 0, 01) (Figura. 1).

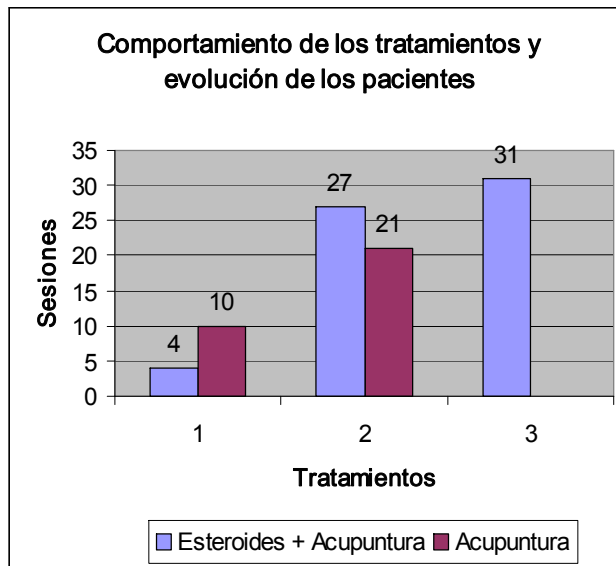


Figura 1. Comportamiento de los tratamientos y la evolución de los pacientes

DISCUSIÓN

Algunos autores plantean que el 90 % de los pacientes con parálisis facial periférica se recupera totalmente en tres o cuatro semanas sin tratamiento, ^{1, 7, 12} sin embargo, se reconoce la utilidad de terapias adyuvantes que aceleren la recuperación neural y minimicen las molestias de la afección; todo ello repercute beneficiosamente sobre la psiquis del individuo y por tanto, sobre su estado somático. ^{1, 2, 8, 11, 15} La presencia de signos de desnervación después de los diez primeros días pronostica un prolongado retraso en la recuperación hasta que aparezca la regeneración; en ocasiones es incompleta. ⁷

Estos datos confirman los resultados del grupo Burthou Goldberg, con 10 años de experiencia, y de otros autores en el uso del tratamiento acupuntural en la parálisis facial periférica a frígori o de Bell. ¹⁰⁻¹⁴ La acupuntura es un procedimiento habitualmente inocuo, libre de efectos secundarios y que por lo regular puede producir alivio, mejoría o curación de muchos problemas de salud, resulta económico y de fácil aplicación por el personal capacitado. Puede ocurrir una baja incidencia de pequeñas sufusiones, sobre todo en pacientes con trastornos de la circulación venosa, en determinados puntos al pinchar accidentalmente un vaso y excepcionalmente puede verse infección de algún punto por deficiencias técnicas o el uso prolongado de agujas finas. ^{12, 14, 16}

No se pueden explicar todas las acciones de la acupuntura por un solo mecanismo, ya que los patrones neurológicos de respuesta son muy complejos y hay factores humorales que también intervienen, según la teoría de las compuertas de Melzack y

Wall (1965), con posibilidad de estimular la liberación de endorfinas, encefalinas, dinorfinas y serotonina. Recientemente se han descrito otros neurotransmisores, como la glicina.^{1, 7, 13, 16}

Se han reportado algunos cambios que ocurren en el punto al colocar las agujas, como son: elevación de la piel en forma de una pápula, halo eritematoso alrededor, aumento de la temperatura local y de la circulación por congestión activa, cambios en la disposición de las macromoléculas, intracelular e intravascular, las cuales se cargan eléctricamente y pueden después producir efectos a distancia, cambios en la permeabilidad de las membranas y el intercambio iónico, así como en la carga bioeléctrica de los puntos.¹²⁻¹⁵

Algunos autores consideran la acupuntura como una forma de reflexoterapia.^{9, 16}

No se trata de imponer sino de demostrar la efectividad de la acupuntura en relación con la medicina occidental para enriquecer el arsenal terapéutico del médico práctico con un método eficaz y a la vez, infundirle todo el contenido humanístico de la vieja y siempre actual dialéctica china.

CONCLUSIONES

El sexo y la edad no interfieren en la evolución satisfactoria de la parálisis facial periférica a frígori. En los pacientes que sólo se les aplicó la terapia acupuntural la evolución fue más rápida de 10 a 20 sesiones. En los pacientes que se les aplicó esteroides más acupuntura la evolución fue satisfactoria pero con mayor tiempo de tratamiento (de 11 a 30 sesiones). El uso indiscriminado de los esteroides trae consigo mayor número de reacciones adversas no favorables para el desarrollo del niño. Mientras más rápido se instaure el tratamiento con acupuntura, más rápida será la recuperación motora de los pacientes y con mejor calidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estrada González R, Estrada Acosta R, García Tejera J, Luis González S, Molina Morejón H, Sardiñas Hernández N, et al. Temas de Neurología para el médico práctico. T 1. Ciudad de La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1988. p 135-43.

2. Ramos Macías A, Lisner Contreras I. Parálisis facial recidivante: conducta, diagnóstico y terapéutica. *Can Med* 1992;7(6):7-10.
3. Braunwald E, Isselbacher K, Petersdor RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci A, et al. Harrison. Principios de Medicina Interna. 11 ed. T 2. México: Nueva Editorial Interamericana; 1989. p 2483-4.
4. Conn Howard F. Terapéutica. Buenos Aires: Ed Médica Panamericana; 1986. p 874-6.
5. Shafer WG, Hine MK, Levy SM. Tratado de Patología Bucal. 4 ed. México: Nueva Editorial Interamericana; 1993. p 892-3.
6. Wyngaarden JB, Smith LH, Bennett CJ, Allen RH, Alpers DH, Altman DF, et al. Cecil. Tratado de Medicina Interna. T 2. México: Nueva Editorial Interamericana; 1992. p 2619.
7. González JM, Molina M, Cedillo M, Sakkal A, Hernández D, Ruggeri J, et al. Parálisis de Bell (parálisis facial idiopática). *Acta Odontol Venezolana* 2001;39(1):66-9.
8. Navarrete M, Rovira A, Sánchez M, Quesada P. Bell's facial parálisis: study with magnetic resonance and gadolinium. *Acta otorrinolaringol Esp* 1998;44(2):95-100.
9. Sander O, García M. Trastornos del sistema nervioso que afectan el área bucal y maxilofacial. 13 ed. Editorial Actualidades Médico-Odontológica Latinoamericana; 1996. p 5-95.
10. Testa JR, Fuskuda G. Facial paralysis peripheral ideopathic: incidence and prognosis factors. *Acta AWHO* 1993;12(1):9-18.
11. González Roig LG, Carmenaty Baglons I, Montoya Guilbert E. Acupuntura y parálisis facial periférica. *Rev Cubana Med* 1994;33(1):22-8.
12. Alvarez Díaz TA. Acupuntura: medicina tradicional asiática. La Habana: Ed Capitán San Luis; 1992:25-6.
13. Rigol O. Manual de Acupuntura y digitopuntura para el médico de la familia. Ciudad de La Habana: Ed Ciencias Médicas; 1992. p 2-71.
14. Zhang Y, Wang X. Experience in the treatment of peripheral facial paralysis by puncturing effective points, a new system of acupuncture. *J Tradit Chin Med* 1994;14(1):19-25.
15. Ren XA. Survey of acupuncture treatment for peripheral facial paralysis. *J Tradit Chin Med* 1994;14(2):139-46.
16. The Burton Golberg Group. Alternative medicine: the definitive guide. Washington: Future Medicine; 1998. p 956-7.

Recibido: 10 de mayo de 2003

Aceptado: 14 de diciembre de 2003

Dra. Elvia Isabel Paz Latorre. Estomatólogo General. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Instructor de la Facultad de Estomatología ISCM-C. Instituto Superior de Ciencias Medicas Carlos J. Finlay. Clínica de Medicina Natural y Tradicional. Camagüey, Cuba.