

Eficacia del tratamiento con acupuntura en la parálisis facial de Bell

Gabriela Díaz Toral ¹
Isabel Luengas Aguirre ²
Miguel J. Reyes Campos ³
José F. Rivas Vilchis ⁴

Resumen. La parálisis facial de Bell es una afección de los músculos faciales inervados por ramas del nervio facial (VII nervio craneal). El origen de la enfermedad es desconocido y la enfermedad es también llamada parálisis facial idiopática. La frecuencia de la parálisis de Bell de acuerdo con diversos reportes es de 8-240 personas por cada 100,000. No se encuentran diferencias de frecuencia entre hombres y mujeres, o entre ambos lados de la cara. Se emplean diversos tratamientos médicos usando fármacos como prednisona, combinación de prednisona con pentoxifilina-dextrano y cromoglicato sódico; así como tratamientos no medicamentosos con fisioterapia y electroestimulación. La eficacia de estos tratamientos es causa de controversia, especialmente el uso de electroestimulación. La recuperación completa en ausencia de factores de riesgo se presenta en aproximadamente el 86% de los casos dentro de un periodo de 4-8 semanas, con disminución residual mínima de la función. Los factores de riesgo que se asocian con recuperación incompleta son la hipertensión, edad mayor a 55 años, parálisis total, dolor de origen no ótico y cambios en el lagrimeo. En otros informes se menciona la utilidad de la acupuntura para reducir el tiempo de evolución y la frecuencia de daño residual. En este trabajo se describen los resultados obtenidos con el tratamiento con acupuntura de 30 enfer-

1 Clínica de Acupuntura. Extensión Universitaria. Escuela Nacional de Estudios Profesionales-Iztacala.

2 Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

3 Clínica de Acupuntura. Extensión Universitaria. Escuela Nacional de Estudios Profesionales-Iztacala.

4 Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.

mos con parálisis facial de Bell, y se discute el papel de la acupuntura en el tratamiento de esta enfermedad en relación con el uso de las terapias médicas convencionales.

Palabras clave: parálisis facial (tratamiento), terapia acupuntural.

Abstract. *Bell's palsy is a paralysis of facial muscles, the nerves of which are branches of the facial nerve (cranial nerve VII). The origin of the disease is unknown, and therefore the disease is also called idiopathic facial palsy. The rate of occurrence of Bell's palsy has been reported at between eight to 240 individuals for every 100,000. There is no difference between men and women, or side of the body affected. Bell's palsy has been commonly treated with drugs such as prednisone, prednisone plus dextran-pentoxiphylline and sodium cromolyn; other common treatment is electrostimulation. The efficacy of these treatments remain controversial. The prognosis for Bell's palsy is generally regarded as good, with a complete recovery occurring in approximately 86% of patients. Incomplete recovery has been associated with several risk factors, including hypertension, age over 55 years, complete facial weakness, pain other than ear pain, and changes in tearing. Facial function usually returns within four to eight weeks, with only minimal residual impairment. Previous reports describe the use of acupuncture in Bell's palsy; authors state that acupuncture reduces both the length of disease and rate of residual impairment. This paper shows the results of the treatment of 30 patients with Bell's palsy and discusses the role of acupuncture treatment in regard to the utilization of conventional therapies.*

Key words: *facial paralysis (therapy), acupuncture therapy*

Introducción

El séptimo nervio craneal o nervio facial es principalmente motor y da inervación a los músculos relacionados con la expresión facial, su componente sensitivo es pequeño. También participa en el sentido del gusto, en los dos tercios anteriores de la lengua y probablemente en la sensibilidad cutánea de la pared anterior del canal auditivo externo. El núcleo del nervio facial está en el puente.

La parálisis facial de Bell o parálisis idiopática es un trastorno caracterizado clínicamente por la aparición aguda de parálisis facial, particularmente con incapacidad motora para cerrar completamente el ojo, con un máximo de parálisis en 48 horas; además, generalmente se presentan dolor moderado facial o retroauricular (60% de los casos), disgeusia (57% de los casos), hiperacusia (30% de los casos) y presencia rara de tinitus (1). La parálisis facial de Bell afecta a los hombres en una edad promedio de 40 años y a las mujeres en una edad promedio de 44 años (2). La descripción de esta enfermedad permanece sin cambio desde las observaciones iniciales hechas hace casi 200 años. A pesar de que las experiencias publicadas en 1821 por Sir Charles Bell dieron nombre a esta enfermedad, existen otros informes precedentes de Nicholaus A. Friedreich y Richard Powell

publicadas previamente en 1798 y 1813, respectivamente (3).

Por otra parte, la hiperacusia o distorsión del sonido en el oído ipsilateral indican una parálisis del músculo estapedio (4). Esta parálisis afecta funciones importantes como la degustación de los alimentos y la capacidad de sonreír (5). También se han encontrado alteraciones en la velocidad de conducción de nervios del brazo, por lo cual se piensa que la parálisis que afecta el séptimo nervio craneal es sólo la manifestación más aparente de una polineuritis generalizada. En todos los casos de parálisis facial se debe establecer el diagnóstico diferencial con otros tipos de daño neurológico (6).

La parálisis facial de Bell es generalmente idiopática (7). No obstante, se han reportado como causas de lesión del nervio facial con parálisis a la sarcoidosis, traumas craneales, tumores de la glándula parótida, colesteatomas, enfermedad de Paget, neurinoma, aneurisma e insuficiencia vascular, leucemias, infecciones virales (parotiditis, rubéola, herpes simple, herpes zoster y virus Epstein-Barr), infecciones por la espiroqueta *Borrelia burgdorferi*, enfermedad de Lyme (8). En otros casos, la parálisis facial se relaciona con causas orgánicas precisas tumorales o degenerativas (9); igualmente, la parálisis facial se asocia a hipertensión severa en niños (10). Datos de otros autores sugieren la posibilidad de que la parálisis

facial esté asociada, en un buen número de casos, con una reactivación de infecciones latentes de virus del herpes simple. También una incidencia aumentada de la parálisis de Bell se correlaciona con leucemias y linfomas sin que exista una invasión maligna del nervio facial (11). Estos hallazgos, junto con la implicación del virus Epstein-Barr y HTVL-1 en la patogenia de los tumores linfocitos, refuerza la idea de la posibilidad de una etiología viral.

Se debe hacer un diagnóstico diferencial entre las parálisis central y periférica. En la parálisis periférica, todo un lado de la cara está afectado, mientras que en las lesiones de las motoras superiores no se encuentran afectados los músculos frontales y orbicular de los párpados. Generalmente no son necesarios estudios adicionales para el diagnóstico; por otra parte, los enfermos con aparición gradual de la parálisis facial, o con otros signos neurológicos o clínicos requieren más pruebas (12). Entre los factores precipitantes descritos frecuentemente por los enfermos encontramos la acción de factores ambientales como exposiciones a corrientes de aire frío en automóviles o de aire acondicionado.

Esta parálisis se considera un trastorno benigno debido a una lesión de la porción infratemporal del nervio facial. La parálisis facial puede ser parcial o completa, afectando unilateralmente todos los músculos faciales. Otras in-

vestigaciones sugieren que la parálisis facial de Bell es realmente parte de una neuropatía craneal múltiple (13). Aún cuando permanece la controversia respecto a los agentes etiológicos o precipitantes de la parálisis de Bell, existe un acuerdo casi unánime del mecanismo de la lesión nerviosa. Un factor precipitante tal como una infección viral o una reacción autoinmune inician el daño del nervio. El edema resultante dentro de los confines rígidos del canal del nervio facial causa una insuficiencia vascular e hipoxia. La hipoxia da como resultado más edema y esto perpetua la lesión.

Las características histológicas de las lesiones asociadas a la parálisis facial han sido bien descritas. Las células de Schwann presentan cromatólisis y abombamiento del núcleo con edema y alteración de la transmisión nerviosa. Subsecuentemente, se presenta infiltración linfocitaria que puede entonces causar fragmentación de la capa de mielina y desmielinización. Los axones periféricos pueden estar también afectados dando por resultado daño nervioso que es potencialmente reversible. Si se elimina el edema e inflamación distales, la remielinización puede presentarse con la recuperación de la inervación muscular.

La principal preocupación en el manejo de la parálisis facial de Bell es el cuidado del ojo, independientemente de otras medidas terapéuticas, se reco-

mienda el uso de lentes oscuros y el empleo de gotas oftálmicas durante el día y de un ungüento oftálmico durante el sueño para prevenir el secado de las mucosas oculares; por otra parte, no se recomienda usar vendajes oclusivos del ojo (11). Otros autores recomiendan el uso de medidas quirúrgicas o mecánicas para tratar la exposición ocular (14).

Los tratamientos sistémicos de la parálisis facial de Bell son materia de controversia. Algunos autores reportan que el uso de prednisona, tan pronto se presenta la debilidad, reduce el número de enfermos que presentarían denervación completa. Un protocolo de tratamiento con prednisona consiste en el uso de prednisona oral 1 mg/kg/d en 2-3 dosis; se reevalúa al enfermo después de 5-6 días, y si la parálisis permanece incompleta, se retira la prednisona gradualmente en cinco días. Por el contrario, si la parálisis es completa, se recomiendan otros 10 días de tratamiento con prednisona, seguidos de cinco días de supresión gradual de la administración (15).

Otros autores recomiendan el uso de cromoglicato sódico como un medio para evitar la degranulación de los mastocitos. Este fármaco también interrumpe el ciclo de edema, aumento de presión, insuficiencia vascular y más edema. Se recomienda, específicamente, la inhalación de 20 mg de cromoglicato sódico cada 2-3 horas; la eficacia

del tratamiento con cromoglicato sódico se corrobora midiendo la excitabilidad nerviosa. Al igual que los esteroides, la supresión abrupta de la administración del cromoglicato sódico puede conducir a un edema de rebote (15). En el caso de etiologías precisas se emplean tratamientos específicos (16). La exploración quirúrgica del nervio está indicada cuando el diagnóstico no es claro y la parálisis es total y persistente (17). La acupuntura ha sido empleada en el tratamiento de la parálisis facial tanto en sus etapas agudas como crónicas; de acuerdo con estos reportes, la acupuntura disminuye el tiempo de recuperación y la incidencia de casos crónicos (18-20).

El objetivo de este trabajo es presentar en forma de una nota clínica, estudio clínico sin placebo, la corroboración de la efectividad del tratamiento de la parálisis facial de Bell con acupuntura y comparar estos resultados con otros informes acerca de la eficacia de diversos métodos convencionales de tratamiento.

Materiales y métodos

Pacientes

Se incluyeron en este estudio 30 personas, 13 hombres y 17 mujeres, con parálisis facial unilateral de aparición aguda con grados II a V en un sistema de clasificación de seis grados, descrito en la Tabla 1 (21). Estas personas acu-

dieron espontáneamente a un servicio universitario de primer nivel de atención, solicitando atención médica acupuntural por presentar síntomas de parálisis facial. Sus edades variaron de 24 a 52 años en los hombres y en las mujeres de 38 a 53 años. Se excluyeron a las personas con factores de riesgo adicionales como hipertensión, edad mayor a 55 años, parálisis facial completa y dolores diferentes a otalgia. También se excluyeron para fines del presente estudio a los pacientes con una evolución mayor a tres semanas. Ninguna de las personas incluidas en el estudio tenía antecedentes de episo-

dios de parálisis facial o neuritis periférica; o de tratamientos previos para el episodio de enfermedad actual.

Se descartó la presencia de otros trastornos del SNC corroborando la inexistencia de los siguientes signos y síntomas:

- ❑ Alteraciones del lenguaje
- ❑ Cambios en la marcha
- ❑ Incapacidad para asir objetos
- ❑ Debilidad en alguna de las extremidades
- ❑ Cefalea
- ❑ Visión doble o borrosa
- ❑ Dificultad para tragar

Tabla 1. Clasificación de parálisis facial

Grado	Descripción	Características
I	Normal	Función facial normal en todas las áreas.
II	Disfunción moderada	En reposo: tono y simetrías normales Exploración: debilidad ligera a la inspección, sincinesia ligera, sin contractura o espasmo.
III	Disfunción	En reposo: tono y simetría normales. Exploración: Debilidad obvia pero no deformante; sincinesia perceptible pero no severa, contractura y espasmo.
IV	Disfunción moderadamente severa	En reposo: tono y simetría normales. Exploración: debilidad desfigurante obvia; sincinesia severa, contractura y espasmo.
V	Disfunción severa	En reposo: asimetría. Exploración: movimiento difícilmente perceptible; sincinesia ausente; contractura, espasmo. Movimiento: frontal, ninguno; ojo, cierre incompleto; boca, movimiento ligero.
VI	Parálisis total	Ningún movimiento.

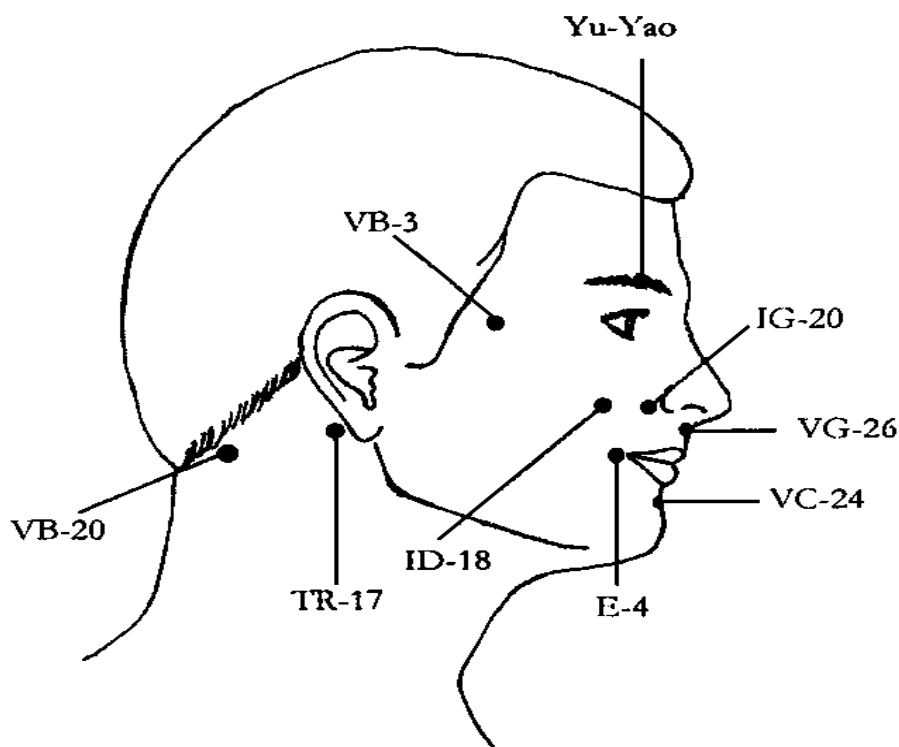
Fuente: Ref. 21.

Tratamiento acupuntural

El tratamiento acupuntural incluyó puntos locales (cefálicos, mayormente faciales) y puntos distales (extracefálicos). Los puntos cefálicos se usaron agrupadamente de la siguiente manera: *a)* IG-20, E-4, ID-18, y VC-24; y *b)* VG-26, VB-3, TR-17, VB-20 y Ex. 3 (Yu-Yao) (véase Figura 1). Se llevaron a cabo cuatro sesiones en días consecutivos; cada grupo de puntos cefálicos se aplicaron unilateralmente del lado afectado en días alternados. Además, los puntos extracefálicos IG-4, VG-14, E-36, VB-38, V-60 se emplearon bilateralmente

durante estas primeras cuatro sesiones. Posteriormente, los puntos extracefálicos H-3, E-43, IG-10, IG-4, TR-5 se aplicaron bilateralmente, además de los puntos cefálicos, durante las siguientes cuatro sesiones; estas cuatro sesiones se llevaron a cabo bisemanalmente. La duración total del tratamiento fue de tres semanas. Se evaluaron los resultados del tratamiento sobre las funciones motoras y sensorial en las semanas 1, 2, 3, 4 y 8. No se emplearon tratamientos sistémicos además de la acupuntura y sólo se recomendaron medidas locales para proteger los ojos.

Figura 1. Puntos acupunturales cefálicos usados en el tratamiento de la parálisis facial de Bell



El estado clínico inicial de los pacientes se describe en la Tabla 2. Se usaron los siguientes parámetros clínicos para evaluar el efecto de tratamiento acupuntural:

- ▣ Tono y simetría faciales en reposo
- ▣ Sincinesis
- ▣ Contractura y espasmo
- ▣ Cierre de los párpados
- ▣ Disgeusia

Resultados y discusión

Los resultados globales del tratamiento de los pacientes en este estudio se describen en la Tabla 3. Después de cuatro semanas de tratamiento, aproximadamente dos tercios de los pacientes presentaron mejoría total, y un tercio tuvieron mejorías parciales. La eficacia del tratamiento con acupuntura en el grupo de pacientes del presente estudio es similar a la descrita en estudios previos (22-26).

El tratamiento convencional con prednisona permite una recuperación

en un 80-85% de los casos en un plazo de 2-6 semanas (15). Otro estudio reporta el uso combinado de prednisona con pentoxifilina-dextrano con resultados similares (27). En el caso del tratamiento con cromoglicato sódico, los autores afirman que 60 enfermos manejados de esta manera tuvieron una recuperación completa (15).

La fisioterapia usando estimulación eléctrica de los músculos paralizados ha sido usada ampliamente en el tratamiento de los músculos denervados. Este método de tratamiento continúa siendo usado a pesar de la controversia acerca de su eficacia. Incluso se ha sugerido que la estimulación eléctrica de los músculos denervados en realidad puede hacer más lento el crecimiento de neurofibrillas en la placa motora terminal (7).

Por otra parte, diversos autores afirman que el pronóstico de la parálisis facial de Bell no varía con los diversos tratamientos, y que el tratamiento usado debe ser prescrito en función de las po-

Tabla 2. Presentación clínica inicial de los pacientes

Grado de afectación	Hombres n (%)	Mujeres n (%)
II	2 (15.4)	1 (5.8)
III	3 (23.1)	5 (29.4)
IV	6 (46.1)	8 (47)
V	2 (15.4)	3 (17.6)
Total	13 (43.3)	17 (56.7)

sibles complicaciones; en los tratamientos analizados por estos autores no se consideró la acupuntura (2, 11 y 13).

Conclusión

La acupuntura de acuerdo a reportes previos y los resultados de este estudio parece ser una alternativa adecuada a tratamientos usando medicamentos como prednisona, la combinación de

prednisona con pentoxifilina-dextrano y el cromolin sódico; o tratamientos no medicamentosos como fisioterapia y electroestimulación. el tratamiento acupuntural tendría la ventaja de poder ser usado en pacientes en los cuales la prednisona constituye un factor de riesgo adicional como en pacientes hipertensos, diabéticos o mujeres embarazadas.

Tabla 3. Presentación clínica después de cuatro semanas del inicio del tratamiento

Grado de afectación	Hombres n (%)	Mujeres n (%)
I	8 (61.5)	10 (58.8)
II	3 (23.1)	6 (35.3)
III	2 (15.4)	1 (5.9)
Total	13 (43.3)	17 (56.7)

Referencias

1. Gates GA. "Facial paralysis". *Otolaryngol Clin North Am* 1987;20:113-131.
2. Devriese PP, Schumacher T, Scheide A, De Jough RH, Houtkooper JM. "Incidence, prognosis and recovery of Bell's palsy". *Clin Otolaryngol* 1990;15:15-27
3. Moore GF. "Facial nerve paralysis" *Prim Care* 1990;17:437-60.
4. Dyck PJ, Haase G y May M. "When you suspect Bell's palsy". *Patient Care* 1992;26:151-168.
5. Harold C y Slavkin HC. "The significance of a human smile: observations on Bell's palsy". *J Amer Dent Assoc* 1999;130(12):269-73.
6. Finestone AJ y Byers K. "Acute facial paralysis: is it stroke -or something else?" *Geriatrics* 1994;49:50-3.

7. Ohye RG y Altenberger E. "Bell's palsy". *Amer Fam Physician* 1989;40: 159-163.
8. Markby DP. "Lyme disease facial palsy: differentiation from Bell's palsy". *British Medical Journal* 1989; 229:605-7.
9. Ruiz-Laiglesia J, Pérez-Calvo JI, Torrubia-Pérez CB, Castiella-Muruzabal T y Morandeira-García MJ. "Liver failure and peripheral facial paralysis in a case of primary amyloidosis". *Arch Intern Med* 1998; 158:2066-68.
10. Siegler RL, Brewer ED, Corneli HM y Thompson JA. "Hypertension first seen as facial paralysis: case reports and review of the literature". *Pediatrics* 1999;87:387-90.
11. Jackson CG y von Doersten PG. "The facial nerve. Current trends in diagnosis, treatment, and rehabilitation". *Med Clin N Amer* 1999;83: 179-197.
12. May M y Klein SR. "Differential diagnosis of facial nerve palsy. Otolaryngol" *Clin North Am* 1991;24: 613-645.
13. Roob G, Fazekas F y Hartung HP. "Peripheral facial palsy: Etiology, diagnosis and treatment". *Eur Neurol* 1999;4:3-9.
14. Seiff SR y Chang JS Jr. "The staged management of ophtalmic complications of facial nerve palsy". *Ophthalmic Plast Reconstr Surg* 1993;9: 241-9.
15. Adour KK. "Medical management of idiopathic (Bell's) palsy". *Otolaryngol Clin North Am* 1990;24:663-73.
16. Dotevall L y Hagberg L. "Successful oral doxycycline treatment of Lyme disease-associated facial palsy and meningitis". *Clin Infect Dis* 1999; 28:569-74.
17. Gantz BJ, Rubinstein JT, Gidley P y Woodworth GG. "Surgical management of Bell's palsy". *Laryngoscope* 1999;109:1177-88.
18. Ding J. "24 cases of facial paralysis treated by scalp acupuncture and body acupuncture". *J Tradit Chin Med* 1996;16:207-10.
19. Li L, Chen J y Shi T. "The therapeutic effects of lifting-twirling maneuver in acupuncture treatment of facial paralytic sequelae". *J Tradit Chin Med* 1997;17:203-6.
20. Xing W y Liu H. "Clinical observation on acupuncture treatment of persistent facial paralysis". *J Tradit Chin Med* 1997;17:18-20.
21. House JW. "Facial nerve grading systems". *Laryngoscope* 1983;93:1056-69.
22. He S, Zhang H y Liu R. "Review on acupuncture treatment of peripheral facial paralysis during the past decade". *J Tradit Chin Med* 1995;15: 63-7.
23. Ren X. "A survey of acupuncture treatment for peripheral facial paralysis". *J Tradit Chin Med* 1995;14(2): 139-46.

24. Zang J. "80 cases of peripheral facial paralysis treated by acupuncture with vibrating shallow insertion". *J Tradit Chin Med* 1990; 19:44-7
25. Zhang Y. "Clinical experience in acupuncture treatment of facial paralysis". *J Tradit Chin Med*. 1997;17: 217-9
26. Zhang Y 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;14:19-25.
27. Kinishi M, Amatsu M y Hosomi H. "Conservative treatment of Bell's palsy with steroids and dextranpen-toxiphylline combined therapy". *Eur Arch Otorhinolaryngol* 248:147-149.