Tratamiento de la Parálisis Facial en medicina, fisioterapia y acupuntura.

Philippe Muñoz Delêtre

Nº Col. 1264. Colegio fisioterapeutas Madrid.

Fisioterapeuta en Centro Philes

Fisioterapeuta- Acupuntor www.philes.es

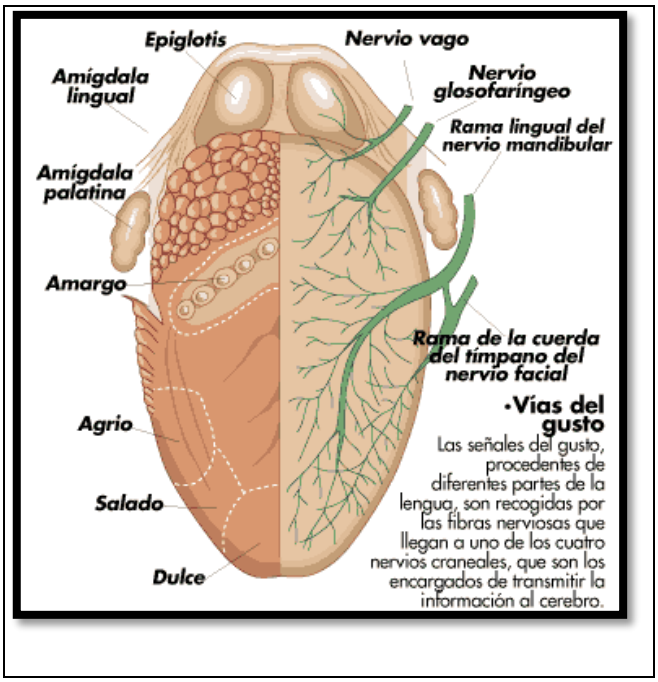
Miembro de Practitioner Register

Especialista en rehabilitación del Nervio Facial

Anatomía del Nervio Facial.

El nervio Facial es un nervio mixto, quiere decir que tiene fibras aferentes o sensitivas y fibras eferentes o motoras. El Nervio Facial es un Nervio principalmente motor, cuyas ramas terminales llegan en abanico a los músculos del cuero cabelludo, cuello y cara.

Funciones del nervio facial:



- Función Motora: músculos cutáneos de cara y cuello

- Función Sensorial: Sentido del gusto en los 2/3 anteriores de la lengua (Nervio Intermediario Wrisberg)

- Función de sensibilidad general: sensibilidad del dorso de la oreja (zona de Ramsay-Hunt).

- Función motora visceral: forma parte del parasimpático craneal, inerva glándulas lagrimales, sudoríparas de la cara, salivar sublingual.

El Nervio Facial tiene su **origen** en la fosita lateral o supraolivar del bulbo. El nervio Facial se dirige al conducto auditivo interno, en donde penetran acompañados por el nervio Auditivo (VIII par craneal), ingresa luego al acueducto de Falopio, emergiendo por el agujero estilomastoideo, dirigiéndose hacia abajo y adelante.

La porción exocraneal del nervio facial mide 12 mm de largo y 1.5 mm de ancho, y se bifurca en dos ramas:

- **Rama Témporo facial**

- **Rama Cérvico Facial**

La Rama Témporo facial se dirige hacia arriba y adelante, mide 20 mm por 2.5 mm. Esta nos da los siguientes Nervios:

- *Nervio Temporal*, inerva al músculo frontal.

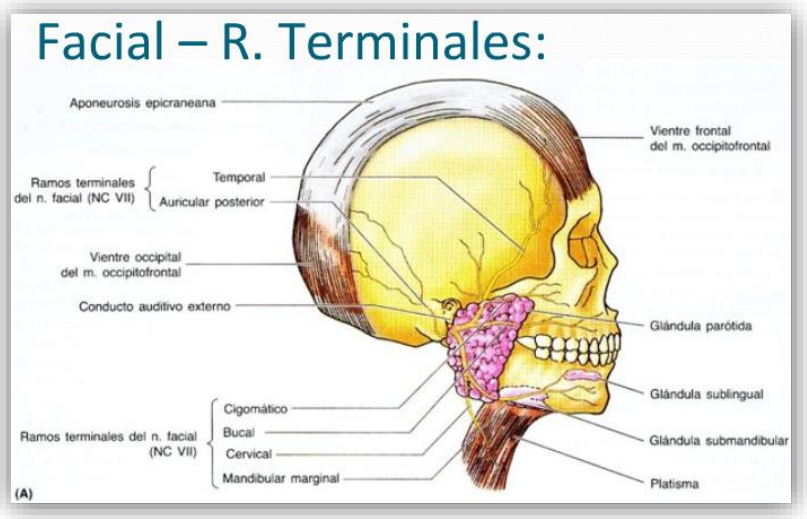
- *Nervio Cigomático*, se bifurca en nervio palpebral superior y nervio palpebral inferior, ingresando al músculo orbicular.

La Rama Cervico-Facial se dirige hacia adelante y abajo:

- *Nervio Bucal* se divide en 5 ramas, una de ellas ingresa al músculo orbicular, los otros inervan al músculo buccinador, el orbicular de los labios y otros músculos del área.

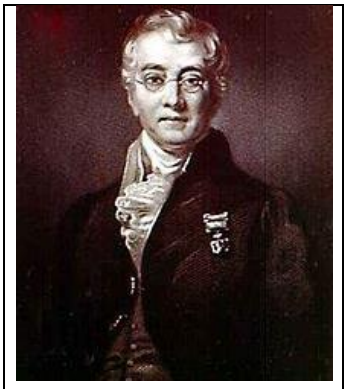
- *Nervio Mandibular* inerva también al músculo orbicular de los labios y masetero.

- Nervio Cervical inerva la musculatura cutánea del cuello



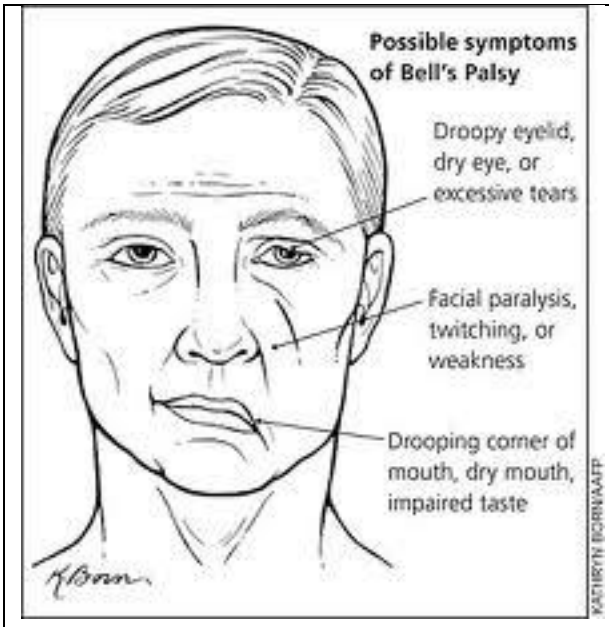
PARÁLISIS FACIAL DE BELL EN LA MEDICINA OCCIDENTAL.

La parálisis facial fue descrita hace más de 2000 años por Hipócrates y recibió su nombre de Sir Charles Bell. Un cirujano escocés del siglo XIX quien fue el primero en describir la afección.



El nervio facial viaja a través de un canal estrecho (canal de Falopio) en el cráneo, debajo del oído.

La parálisis facial se produce cuando el nervio que controla la musculatura facial está hinchado, inflamado o comprimido, dando como resultado una debilidad ó parálisis facial. Aún existe un 50 a 70% de casos en que la **etiología es desconocida** (1) .



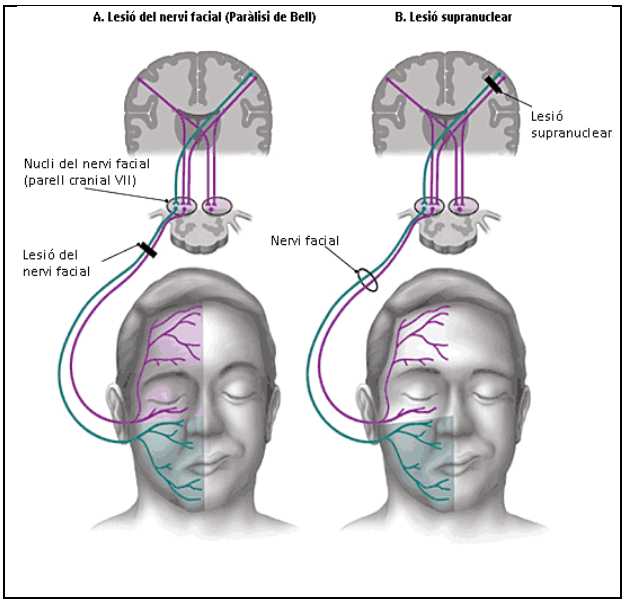
La mayor parte de los científicos cree que es debido a una infección viral como una meningitis viral o resfriado común. La inflamación causa presión dentro del canal de Falopio, llevando a un infarto (disminución de sangre y oxigeno, produciendo desgaste de las células nerviosas). En algunos casos sólo es el daño en la vaina de mielina (aislante del nervio). Se han propuesto teorías hereditarias e inmunológicas sin mucho apoyo, hipótesis de origen isquémico incluyendo vasoespasmo por frío y también viral (2)

Afecta a hombres como mujeres por igual, ataca sobre todo a mujeres embarazadas, a personas que padecen diabetes o enfermedades respiratorias superiores como gripe o resfriados.

Usualmente es unilateral, pero a veces también lo es de los dos lados, tiene una incidencia de 10-40 por 100.000.

Se diagnostica por la clínica en ausencia de movilidad, un electromiograma puede confirmar la presencia de daño nervioso y valorar el daño. Una radiografía puede descartar un tumor. La analítica puede demostrar una infección. La Resonancia magnética o Escáner puede eliminar otras causas de presión del nervio Facial.

Detallados estudios sobre histología del nervio Facial en la parálisis facial de Bell evidencian que los vasos sanguíneos del perineuro son normales y no existen signos de trombosis arterial ni de obstrucción venosa. Tampoco signos de compresión por la vaina nerviosa. Se produce un edema del perineuro y todas las capas del nervio muestran un infiltrado difuso de células inflamatorias pequeñas, las cuales son más prominentes en las vainas de fibras nerviosas y alrededor de los vasos en el cuerpo del nervio. Las vainas de mielina sufren degeneración y ruptura con macrófagos fagocitando los deshechos. Puede incrementarse el espacio entre las neuronas o que sugiere edema. Los axones permanecen intactos o con escasas irregularidades. Estos hallazgos se han interpretado como una neuritis viral.



Clínicamente se ha observado un 9,4 de recurrencia en Parálisis facial y una historia familiar positiva en un 8% (3).

En 1972, Mc Cormick sugiere la hipótesis de que la Parálisis facial de Bell es causada por el virus herpes simplex (VHS), basándose en su alta prevalencia en la población, en que luego puede sufrir una reactivación como herpes labial a partir del ganglio trigémino o como herpes genital a partir de ganglios sacros, además de que los factores asociados a recurrencia de VHS también son vistos asociados a Parálisis facial (infección respiratoria, depresión, inmunosupresión, stress, fiebre, extracción dental, menstruación, exposición solar o exposición al frío) (4).

Es importante descartar otro tipo de causas de paralisis facial periférica aguda:

- herpes zoster (Síndrome de Ramsay- Hunt)

- Sindrome de Guillain-Barré

- Neurinoma del acústico

- Carcinomatosis meníngea

- Fracturas del Hueso Temporal

- Enfermedad de Lyme

- Virus de la Inmunodeficiencia humano (HIV).

CAUSAS DE PARÁLISIS FACIAL

TABLA 2. CAUSAS DE PARÁLISIS FACIAL

NACIMIENTO
- Parto por cesárea
- Sínd. Mobius

TRAUMÁTICAS
- Fracturas de base de cráneo
- Injurias faciales
- Heridas penetrantes de oído medio

NEUROLÓGICAS
- Sínd. Opercular
- Sínd. Millard-Gubler
- Sínd. Foville
- Esclerosis múltiple
- Neuropatías hereditarias hipertróficas
- Guillain-Barré

INFECCIOSAS
- Otitis Externas
- Otitis Medias
- Mastoiditis
- Paperas
- Herpes Zoster cefálico (S.Ramsey-Hunt)
- Encefalitis
- Poliomielitis
- Mononucleosis
- Lepra
- Coxsackie virus
- Malaria
- Sífilis
- Tuberculosis
- Conjuntivitis hemorrágica aguda (enterovirus)
- Mucormicosis
- E. Lyme
- SIDA
- Tétano

METABÓLICAS
- Diabetes
- Hipertiroidismo
- Embarazo
- Hipertensión
- Porfiria aguda
- Deficiencia vitamina A

NEOPLÁSICAS
- Lesiones benignas de parótida
- Colesteatoma
- Tumores de VII par
- Glomus de la yugular
- Leucemia
- Meningioma
- Hemangioblastoma
- Sarcoma
- Carcinoma
- Aneurismas de la arteria carótida
- Hemangiomas del tímpano
- Hidradenomas del canal externos
- Cilindromas
- E.de Hand-Schuller-Christian
- Displasia fibrosa
- Neurofibromatosis II

TÓXICAS
- Talidomida
- Alcoholismo
- Intoxicación por arsénico
- Monóxido de carbono

IATROGÉNICAS
- Bloqueo anestésico mandibular
- Suero antitetánico
- Vacuna antirrábica
- Postinmunización
- Cirugía Parotidea
- Cirugía mastoidea
- Postadenoidectomía
- Embolizaciones
- Dental

OTRAS
- Bell familiar
- S. Melkersson-Rosenthal
- S. autoinmunes
- Amiloidosis
- Arteritis temporal
- Púrpura trombótica trombocitopénica
- Periarteritis nodosa
- Sarcoidosis (S. Herefordt)
- Osteoporosis

TIPOS DE LESIÓN DEL NERVIO FACIAL

Desde el punto de visto fisiopatológico, el nervio facial es igual a los demás nervios motores, distinguiéndose por su particular localización en el nerviducto de Falopio, constituyéndose en el nervio periférico con el trayecto intracanal más largo del organismo. La fisiopatología de la mayor parte de las afecciones del nervio facial ocurren en este canal por compresiones extrínsecas (traumas, tumores, etc) o intrínsecas (edema causado por procesos inflamatorios).

El nervio facial se compone de:

- Vaina: tejido fibroso que envuelve todo el nervio.

- Epineuro: Tejido conectivo que envuelve al nervio en forma completa por dentro de la vaina.

- Perineuro: vaina que comprende un fascículo de fibras nerviosas del tronco nervioso.

- Endoneuro: tejido conectivo que envuelve cada fibra nerviosa por dentro del epineuro.

Tipos de lesión del Nervio Facial:

- Neuropraxia: existe pequeño bloqueo fisiológico capaz de causar parálisis, no llevando a una degeneración walleriana. Terminado el bloque se observa una regeneración completa de los axones sin secuelas.

- Axonotmesis: Persiste la continuidad del nervio, pero ha ocurrido una degeneración de sus axones (degeneración walleriana).

La axonotmesis puede ser con el endoneuro intacto, con lo que la recuperación es lenta pero contínua (el axón regenerado crece a razón de 1mm. a diario). Cuando hay lesión del endoneuro y el perineuro y endoneuro están intactos, la regeneración suele ser incompleta.

- Neurotmesis: sección completa del nervio, no existiendo posibilidad de recuperación espontánea (5)

EXPLORACIÓN FÍSICA DE LA PARÁLISIS FACIAL PERIFERICA DE BELL

En cuanto el paciente entra en consulta se le hace una anamnesis completa. Investigando si ha habido antecedente de traumatismo craneofacial, infección ótica. En la exploración siempre debe realizarse desde el punto de vista físico, neurológico y otorrinolaringológico. El paciente físicamente acude en consulta con pérdida de expresión facial completa o incompleta de una lado de la cara, con dificultad a realizar movimientos faciales, con alteraciones en el lagrimeo. Se evalúa el reflejo del parpadeo y el lagrimeo. Los signos encontrados en la parálisis facial de Bell son:

- incapacidad del paciente para ocluir el ojo. Al intentarlo el globo ocular se dirige hacia arriba

- Ectropión: eversión del párpado inferior con descubrimiento de la carúncula lagrimal.

- Lagoftalmía: el ojo del lado afectado está más abierto que el del lado sano, debido al predominio del tono del músculo elevador del párpado superior inervado por el tercer par craneal, sobre el orbicular de los párpados inervados por el facial.

- Algiacusia: intolerancia al ruido (el músculo del estribo amortigua los sonidos demasiado intensos).

- Disgeusia: alteración en el sentido del gusto.

- Epífora: lagrimeo debido a que las lágrimas no progresan hacia el saco lagrimal por la debilidad orbicular de los ojos.

- Sincinesia: movimiento involuntario y anárquico de la hemicara afectada.

- Hemiespasmo facial: síndrome de compresión vascular caracterizado por la contracción sincrónica de los músculos unilaterales.

La Clasificación del grado de lesión del Nervio Facial puede seguir los siguientes criterios de House- Brackmann:

Sistema de House-Brackmann		Sistema convencional de calificación	
Grado	Descripción	Calificación	Descripción
I	**Función facial normal en todas sus áreas**	3	**Normal**
II	**Disfunción leve** Global: debilidad superficial notable a la inspección cercana. Puede haber mínima sincinesias. Al reposo, tono y simetría normal Movimiento frente: función de buena a moderada Ojo: cierre completo con mínimo esfuerzo Boca: asimetría mínima al movimiento	2	**Paresia leve** Asimetría al movimiento, simetría en reposo
III	**Disfunción leve a moderada** Global: obvia pero no desfigurativa, asimetría al reposo y a la actividad Existencia de sincinesias y/o aumento del tono de músculos faciales Movimiento frente: movimientos moderados a ligeros Ojo: cierre completo con esfuerzo Boca: ligera debilidad con el máximo esfuerzo		
IV	**Disfunción moderada a severa** Global: debilidad obvia y/o asimetría desfigurativa Al reposo, asimetria Movimiento frente: ninguno Ojo: cierre incompleto Boca: asimetria al esfuerzo	1	**Paresia moderada** Asimetria al reposo y en actividad
V	**Disfunción severa** Global: solamente movimientos apenas perceptibles. Asimetría al reposo Movimiento frente: ninguno Ojo: cierre incompleto Boca: movimientos ligeros	0	**Parálisis total** Asimetría al reposo y al movimiento
VI	**Parálisis total** Ningún movimiento		

Se debe de diferenciar dos grandes grupos de paralisis facial:

- central

- periférica

La parálisis central los movimientos de la musculatura frontal y del orbicular de los párpados se encuentra conservada debido a la acción de las vías supranucleares ipsilaterales.

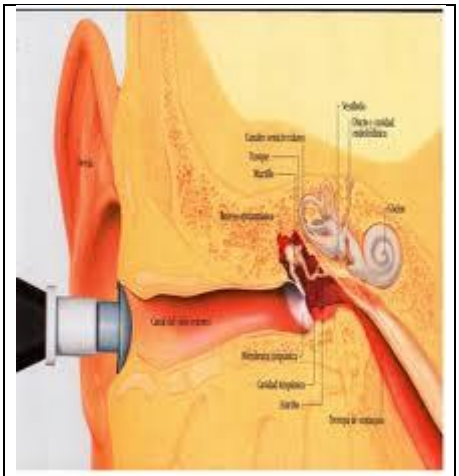
La parálisis periférica existe incapacidad de fruncir la frente y cerrar los ojos o mostrar los dientes.

EXPLORACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE.

1. TEST DE SHIRMER:

Valora la función del nervio petroso superficial mayor que nace del nervio Facial a nivel del ganglio geniculado. Se colocan tiras de papel de filtro en los sacos conjuntivales inferiores. Se compara la lacrimación de ambos ojos en un intervalo de 5 minutos. La reducción de la lacrimación en un 30% o más nos informa de una lesión geniculada (7)

2. TEST DEL REFLEJO ESTAPEDIAL: Valora al nervio del músculo del estribo que se encuentra en la unión de la segunda con la tercera porción del facial intrapetroso. Se evalúa el reflejo acústico-facial y se realiza con un impedanciómetro. El músculo estapedial o del estribo se contrae en forma refleja a estímulos sonoros de aproximadamente 80 db. Su presencia o ausencia muestran que la lesión esté por arriba o debajo de la emergencia del nervio estapedial. La estimulación del oído sigue la vía acústica; los núcleos cocleares se comunican con la oliva bulbar y a través de la sustancia reticular con los núcleos del nervio facial. Los nervios estapedianos son las primeras ramas motoras del nervio facial. La conservación del reflejo estapediano es un signo de benignidad dentro de la parálisis facial. Dentro de la parálisis facial, la recuperación de éste reflejo se hace siempre antes de la recuperación de otras ramas motoras del nervio. Se dice que el test del reflejo estapedial es el electromiograma del otorrino.

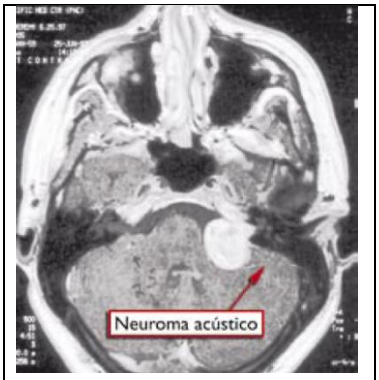


3. TEST DE BLATT: o prueba de sialometría cuantitativa. La prueba se realiza midiendo durante 1 a 5 minutos la salivación por el conducto de

Wharton de ambos lados; se considera significativo una reducción del 25% de un lado con respecto al otro. La lesión del NF se va a traducir en una disminución del flujo salivar submaxilar homolateral.

4. GUSTOMETRÍA: Evalúa la función gustativa de los 2/3 anteriores de la lengua, función que se da a través de la cuerda del tímpano. Prueba muy subjetiva.

5. RESONANCIA MAGNETICA: Nos ofrece imágenes del trayecto intratemporal e intracraneal de Nervio Facial. Es el mejor método de visualización del ángulo pontocerebeloso y del tronco del encéfalo. Se puede combinar con medios de contraste como el gadolineo, se observa hipercaptación del nervio correspondiente a la desmielinización.



PROTECCIÓN OCULAR

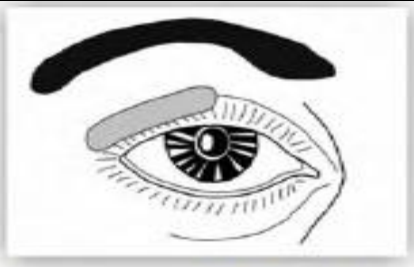


Figura 1. Imán depresor del párpado superior

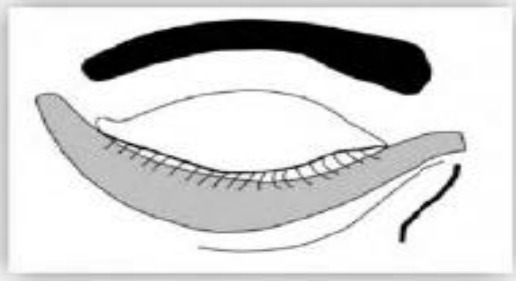


Figura 2. Férula elevadora del párpado inferior

Figura 3. Opción alterna. Férula elevadora de párpado inferior

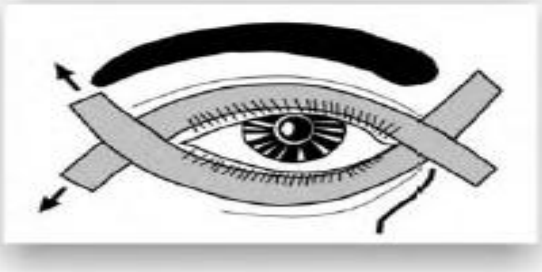


Figura 4. Férula depresora y elevadora del orbicular de los ojos

Figura 5. Parche oclusor

La protección ocular con lentes obscuras es imprescindible para evitar la irritación por los rayos solares, efecto traumático e irritativo del polvo y prevención corneal por desecación.

Uso de lágrimas artificiales (metilcelulosa o hipromelosa) una gota cada ocho horas.

TRATAMIENTO MÉDICO FARMACOLÓGICO

El tratamiento farmacológico está basado a base de corticosteroides, a dosis equivalentes de 400 mg de prednisona en los primeros siete días de iniciada la Parálisis facial, debido a que el 20% de los pacientes con parálisis facial incompleta (grado II de House- Brackmann) puede evolucionar a paralisis completa en los cinco días de evolución del cuadro, se sugiere el inicio de prednisona a 70Mg día (1 mg/Kg de peso corporal) a todos los pacientes. Si la paresia se mantiene estable puede suspenderse progresivamente el esteroide en los siguientes cuatro días, completando una dosis total del 50 mg. El Aciclovir (combinado con prednisona) es seguro y efectivo en la mejoría de la recuperación de pacientes con paralisis facial. La combinación aciclovir – predinisona mejora la recuperación y disminuye la degeneración neural, en comparación con la prednisona sola (6).

El medicamente antiviral (aciclovir) para combatir la infección, combinado con antiinflamatorios (prednisona) pueden reducir la inflamación.

Las Vitaminas B12,B6 y Zinc se utilizan para acelerar el crecimiento nerviosos.

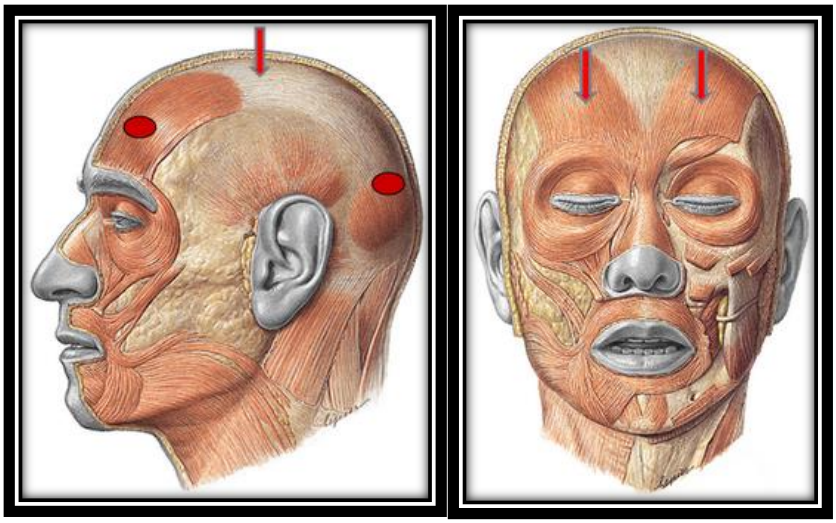
Tratamiento de la parálisis del Nervio Facial en Fisioterapia.

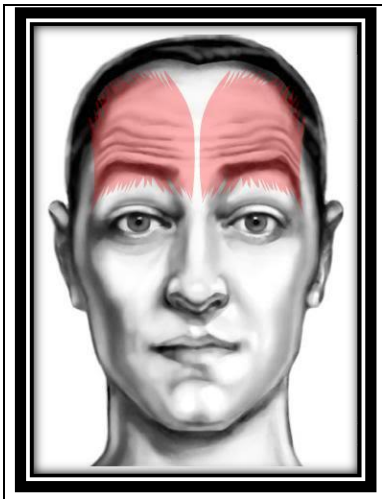
Los fisioterapeutas que estamos en contacto con pacientes aquejados de parálisis facial debemos conocer en profundidad la anatomía de la musculatura de la cara para poder evaluar las deficiencias de cada músculo o la implicación del conjunto de músculos en los gestos de la mímica o expresión.

Podemos dividir la cara en diferentes zonas musculares:

1. Musculatura Epicraneana:

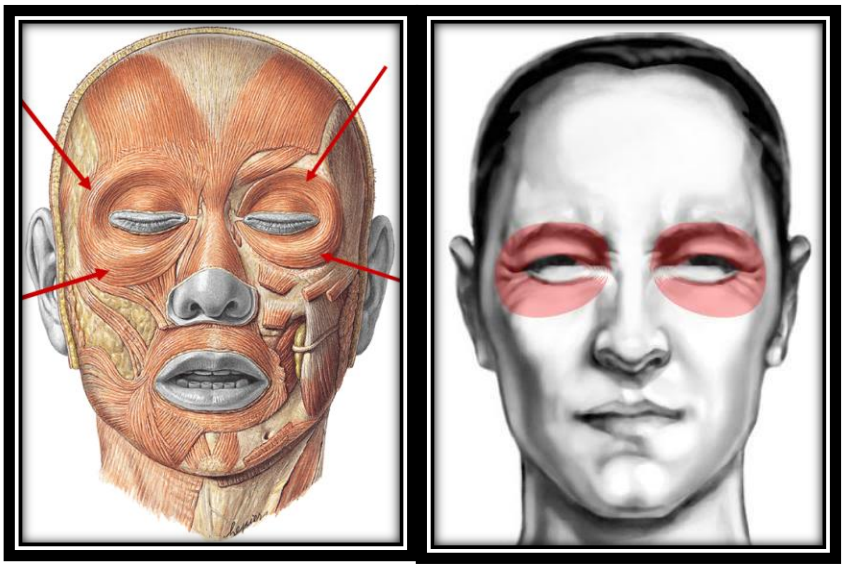
- Músculo Occipito-Frontal
- Músculo Temporo- Parietal

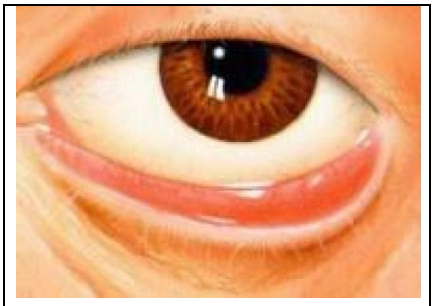


	El Músculo Frontal tiene su origen en la aponeurosis epicraneana y se inserta en la piel en el borde supraorbitario. El músculo mueve el cuero cabelludo hacia arriba, eleva las cejas y arruga la piel de la frente. En la expresión de fisonomía es el músculo de la atención, sorpresa.

2. Musculatura Circunorbital y Palpebral:

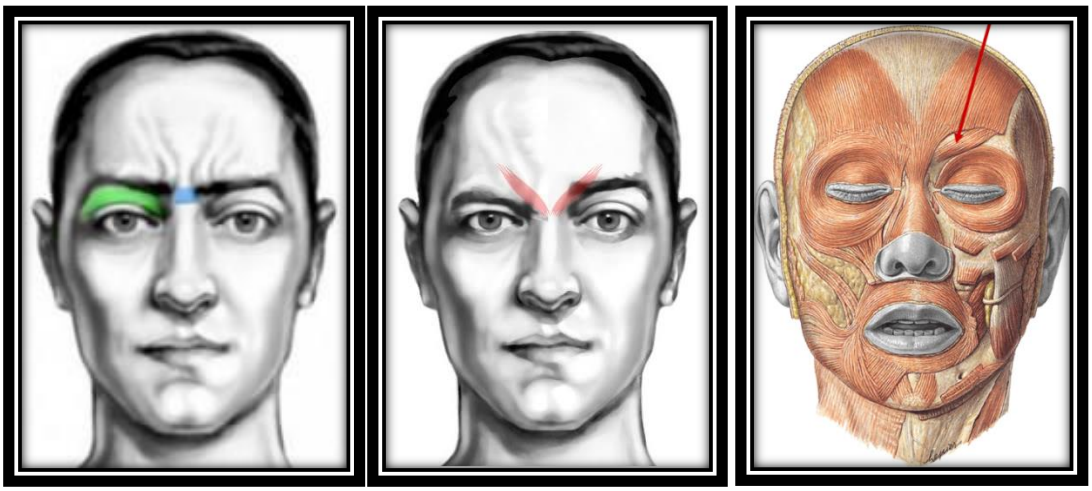
- Músculo oribucular de los parpados = M. Orbicular de los ojos.





El músculo orbicular de los ojos se encuentra delante de la órbita ocular, en forma de anillo, aplanado y delgado. Se le llama el músculo “esfinter del ojo”. Su función es que el ojo se cierre o parpadee. Al mismo tiempo comprime la glándula lagrimal, ayudando al flujo de lágrimas sobre la superficie del ojo. La contracción de éste músculo causa las denominadas “patas de gallo”, arrugas en la piel en la parte lateral externa del ojo. En parálisis facial éste músculo paralizado produce eversión del parpado, llamado también Ectropión.

- Músculo Superciliar = Ms. Corrugador de la ceja



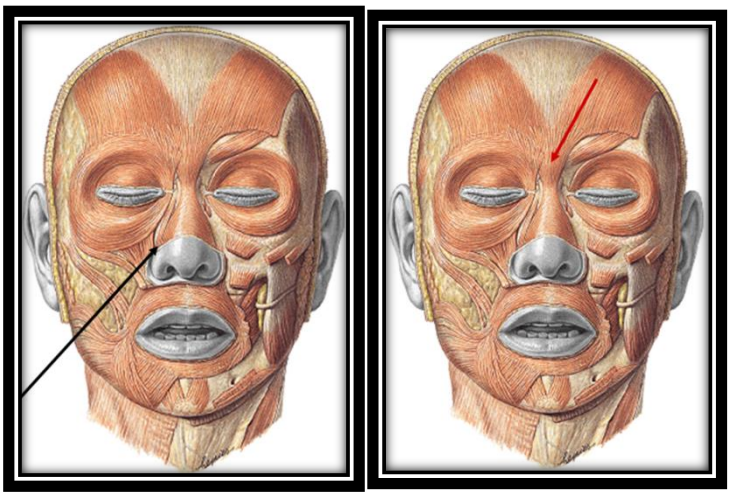
El músculo Superciliar se origina en la parte interna del arco superciliar, por debajo del orbicular de los párpados, se inserta en la cara profunda de las cejas. Su acción es arrugar el entrecejo. Su contracción indica desesperación, incapacidad, cólera, desagrado y también puede ser complemento de la concentración y ejecución de un esfuerzo físico o mental.

3. Musculatura de la nariz:

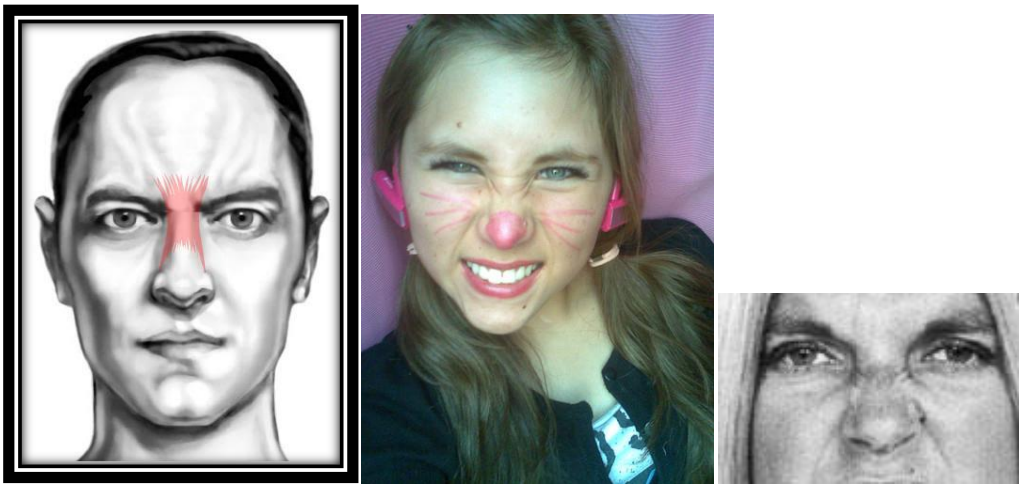
- Músculo Piramidal de la nariz = M. Prócer o M. procero

- Músculo propio de la nariz = M. Nasal o nasal transverso

- Músculo Mirtiforme = M. depresor del tabique nasal.

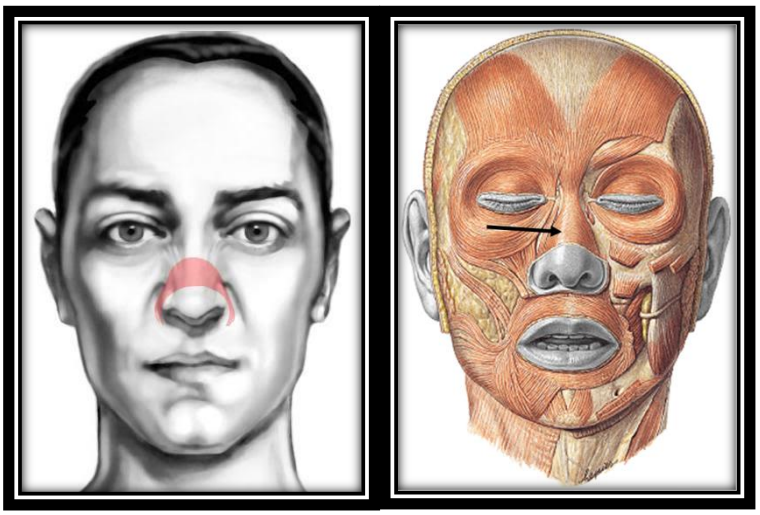


Músculo Piramidal de la nariz



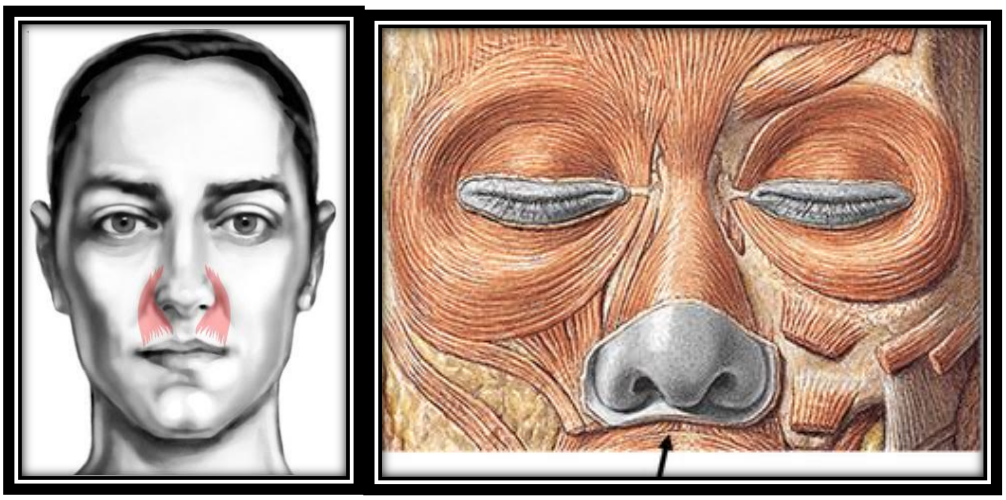
El músculo Piramidal o Prócer se ubica en la zona interciliar (entre las 2 cejas), en la raíz de la nariz. Sus inserciones es en la piel de entre las cejas y por otro lado en los cartílagos laterales de la nariz y el borde interno de sus huesos. Sus emociones en la contracción indican amenaza, odio y rencor.

Músculo Transverso de la nariz



El M. transverso de la nariz va desde la parte superior del dorso de la nariz hacia abajo en el surco del ala de la nariz. Se inserta en la piel y musculo mirtiforme. Su acción es abrir el ala de la nariz arriba y delante. Es un dilatador de la narina.

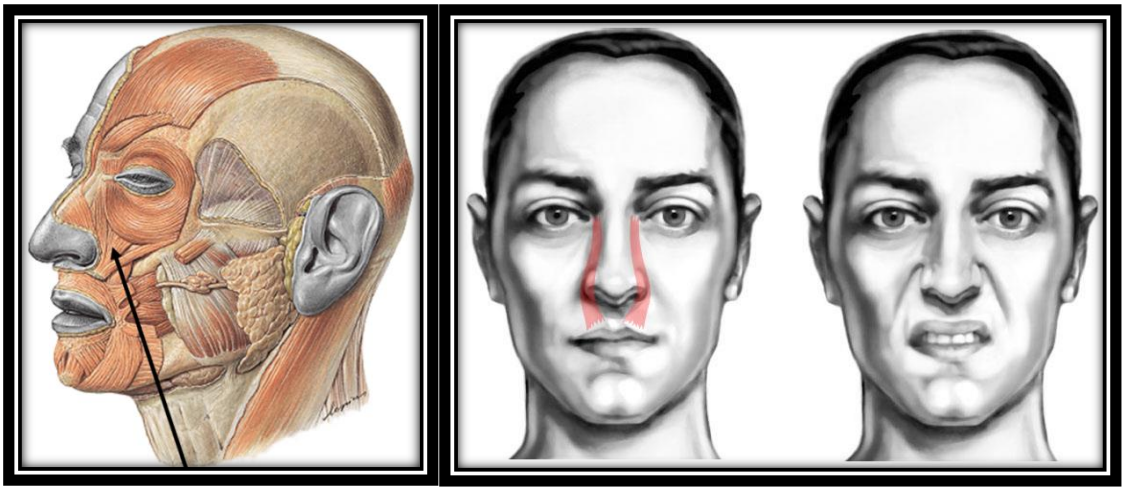
Músculo Mirtiforme o depresor del septo o tabique nasal

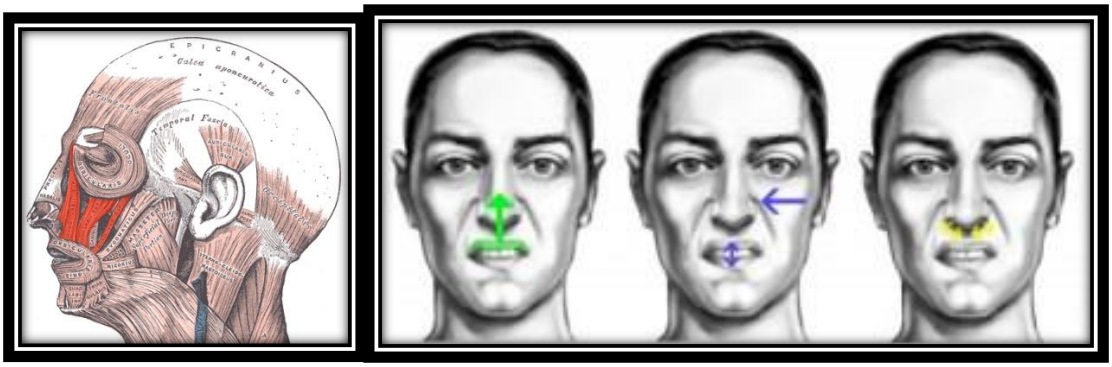


El músculo Mirtiforme está situado por debajo de las aberturas nasales y se inserta en la fosita mirtiforme en el maxilar superior, termina en el subtabique del ala de la nariz. Su acción es la de abertura nasal y descender el ala de la nariz. Inspiración profunda por la nariz.

4. Musculatura de la boca:

- Músculo común del labio superior .



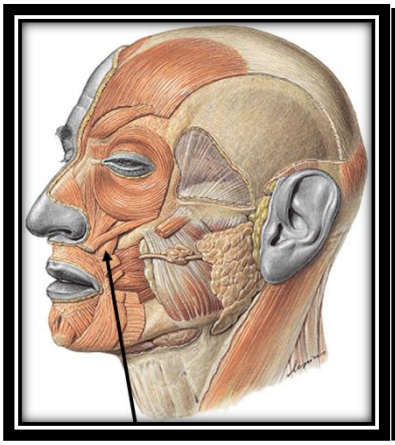


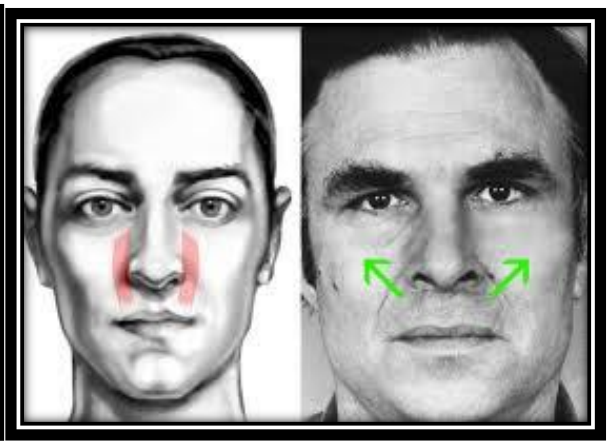
El músculo elevador del labio superior tiene un origen en cara nasal del hueso cigomático con las inserciones en el cartílago del ala mayor, piel de la nariz, parte lateral del labio superior y musculatura orbicular de la boca. Su otro origen es en la porción intermedia del borde infraorbital, por encima del agujero infraorbitario, se inserta en la sustancia muscular del labio superior y el musculo canino.

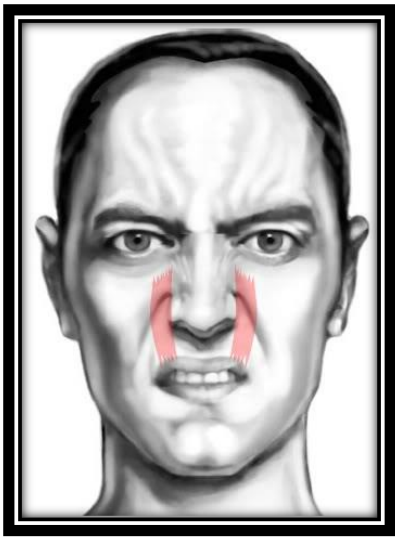
- Músculo elevador del ala de la nariz y labio superior.

Se origina en la parte lateral del ala de la nariz, es un musculo de forma de cinta y delgado. Se origina en cara externa de la apófisis ascendente del maxilar superior y se inserta en la parte posterior del ala de la nariz y labio superior. Su acción es elevar el labio superior y ala de la nariz.

- Músculo canino = M. elevador del ángulo de la boca

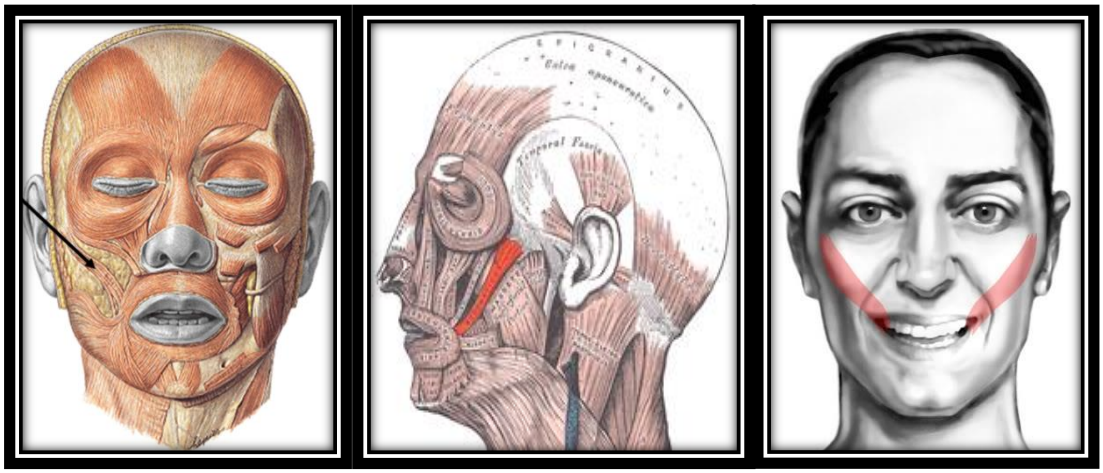






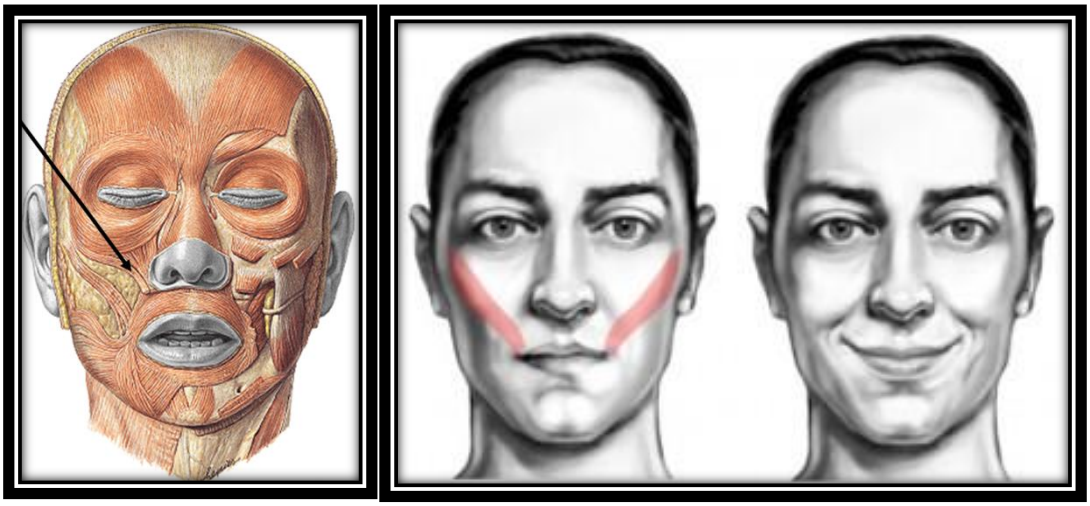
El Músculo Canino o elevador del ángulo de la boca está situado en la fosa canina del maxilar superior por debajo del agujero infraorbitario y se inserta en la piel y mucosa de la comisura labial. Se relaciona con el elevador propio del labio superior. Su acción es la de levantar el ángulo de la boca, dirige hacia arriba la comisura de los labios. El gesto es de signo de agresividad o perro malo enseñando los dientes superiores.

- Músculo Cigomático Mayor



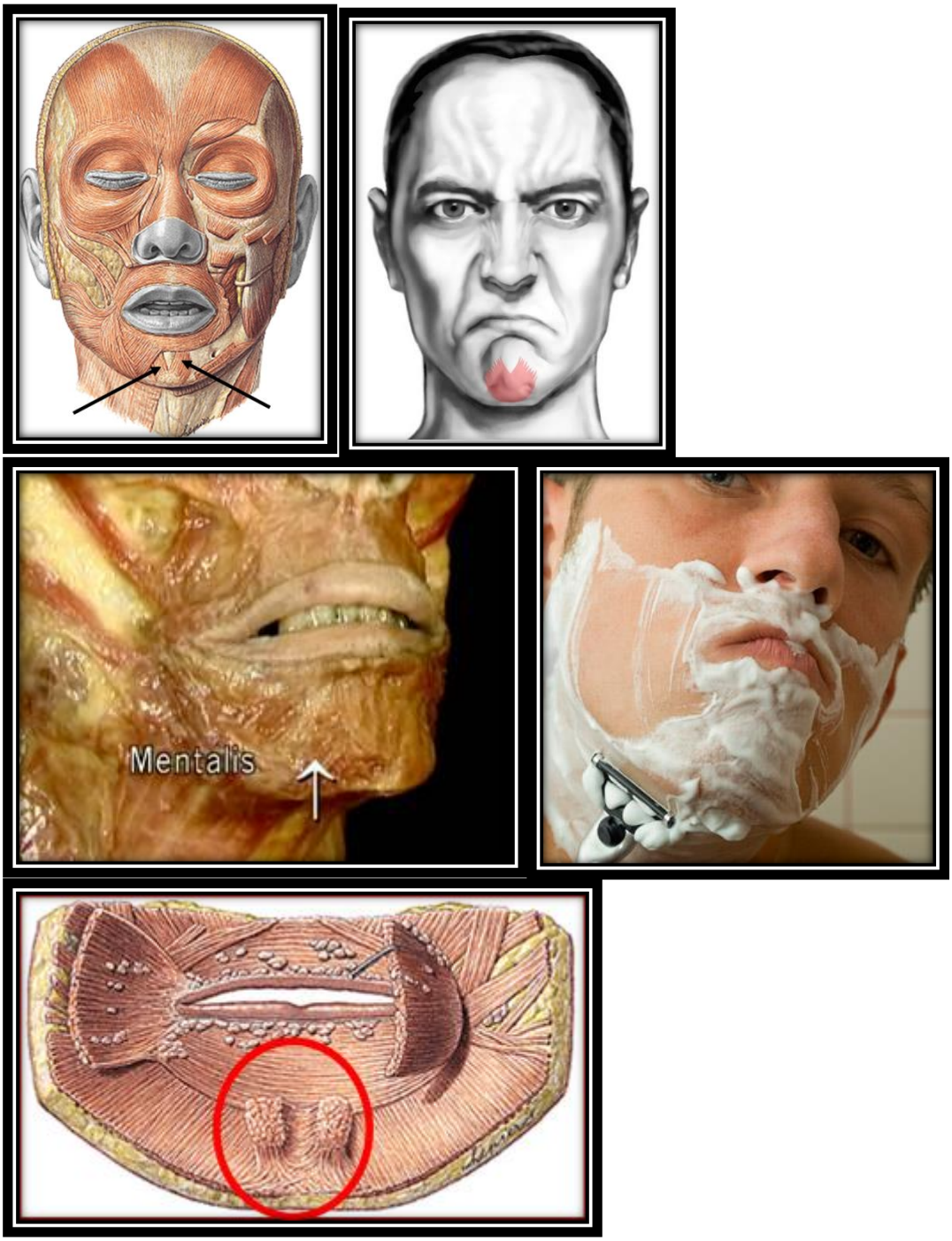
Se origina en el proceso temporal del hueso cigomático o malar y se inserta en la porción lateral del musculo orbicular de los labios. Su acción es de abducción y elevación de la comisura labial. Gesto de risa verdadera mostrando dientes.

- Músculo Cigomático Menor



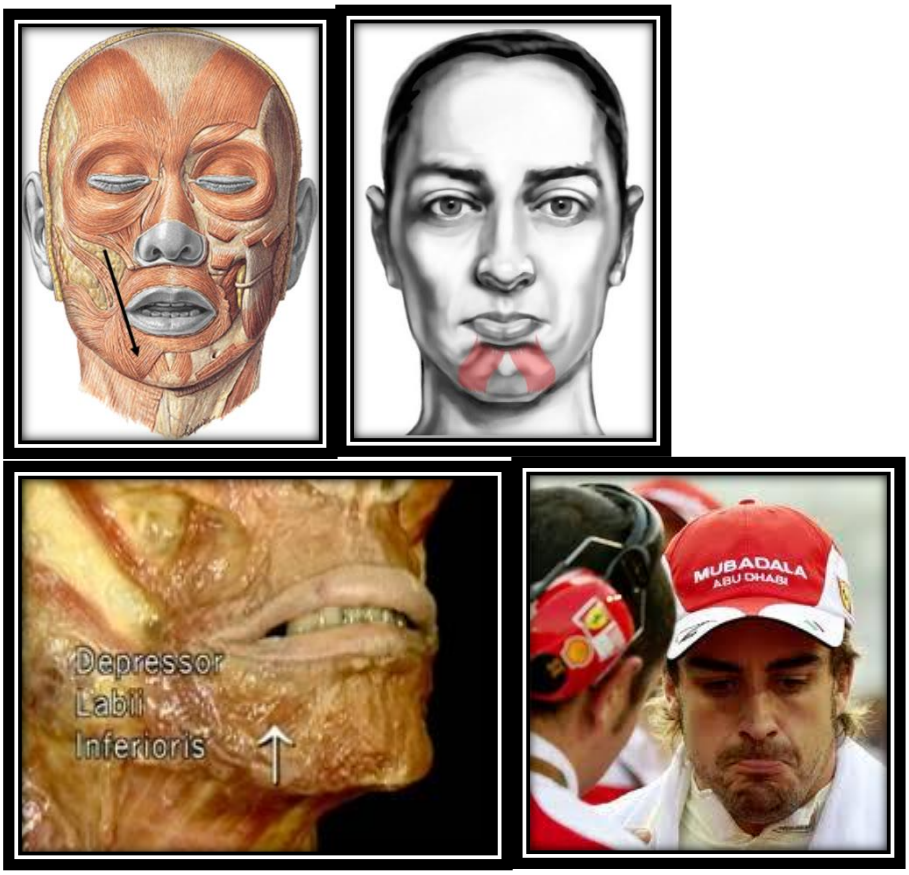
Se origina en la fascia maseterica y termina en la proximidad del musculo elevador del labio superior. Su acción es la de abducir y elevar la comisura labial.

- Músculo mentoniano o borla del mentón



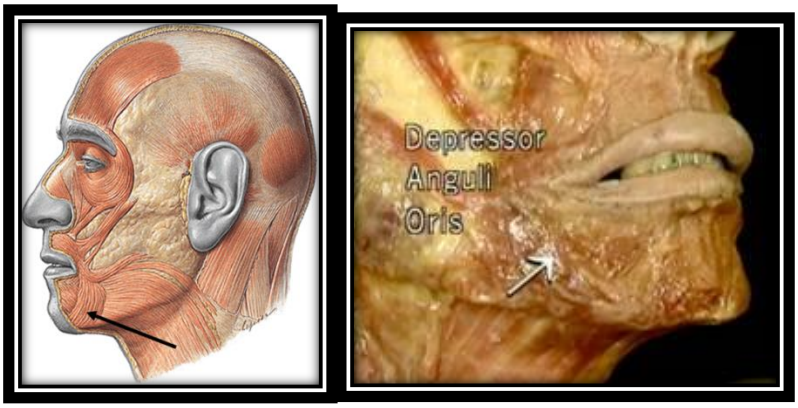
El músculo Mentoniano o borla del mentón es un músculo par. Se origina en el maxilar inferior por debajo de las eminencias incisivas y caninas, debajo de las encías y se inserta en la piel de la barbilla. Su acción es la de levantar la piel del mentón. Gesto de afeitarse.

- Músculo cuadrado de la barba = M. depresor del labio inf.



Se origina en el tercio interno de la línea oblicua externa del maxilar, debajo del músculo triangular, se dirige hacia arriba y adentro insertándose en la piel del labio inferior. Su acción es la de bajar el labio inferior.

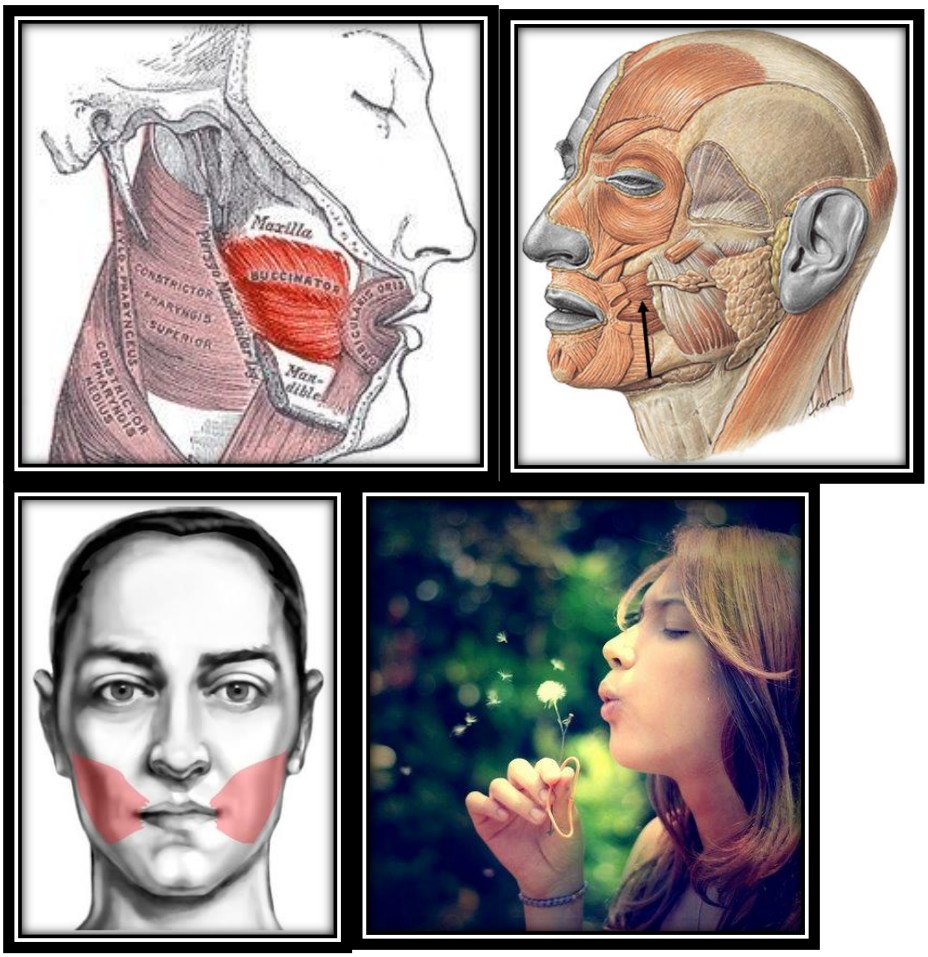
- Músculo triangular de los labios = M. Depresor del ángulo de la boca



Situado en la parte inferior de la cara, debajo de la piel; ancho y delgado, triangular, de base inferior. Se inserta por abajo en el tercio interno de la línea oblicua externa del maxilar inferior; por arriba, en los tegumentos de las comisuras labiales.

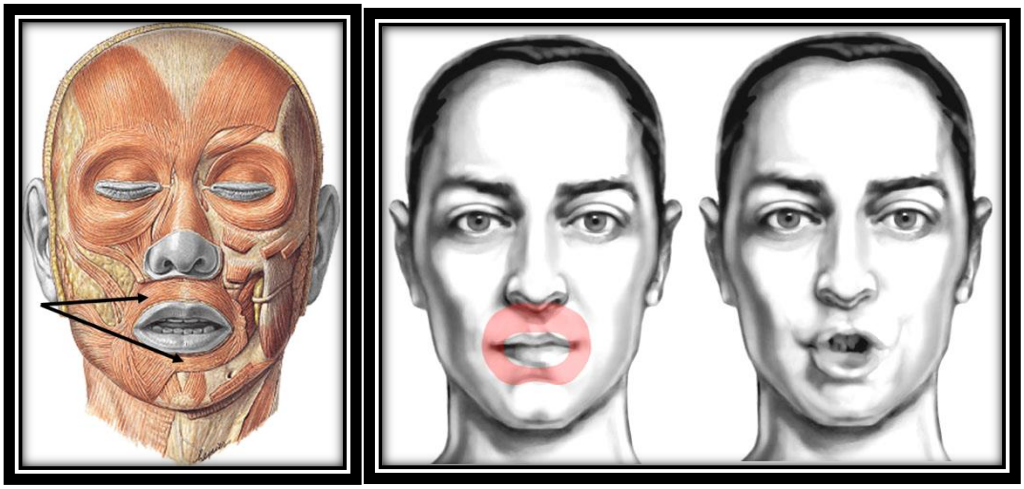
Acción: Baja o deprime las comisuras labiales.

- Músculo Buccinador



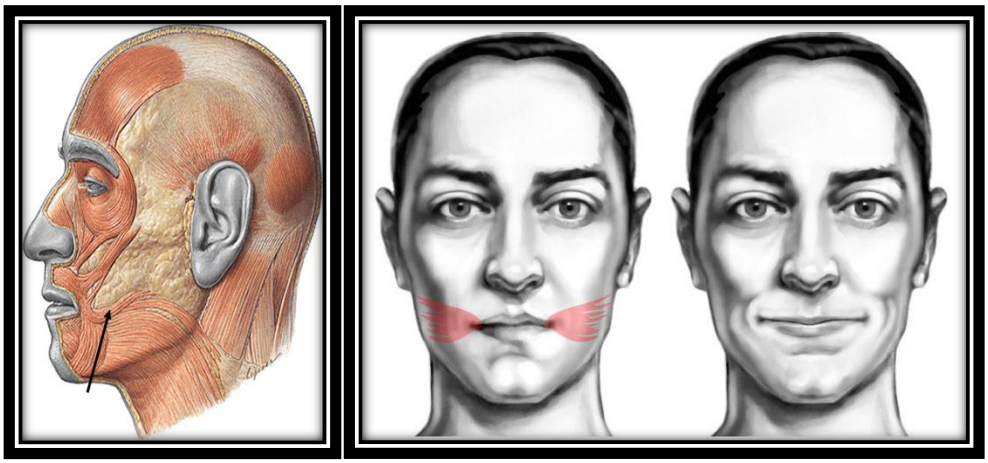
Se encuentra en la mejilla, por delante del masetero. Situado por detrás en el borde alveolar del hueso maxilar y la mandíbula, por delante de la mucosa de la comisura labial. Su acción es la de agrandar la hendidura bucal, da forma al rostro, ejerce presión en la cavidad oral para poder silbar, soplar, tocar instrumentos de viento…

- Musculo Orbicular de los labios



El músculo orbicular de los labios está situado alrededor del orificio bucal (esfínter bucal). Se inserta en la piel y mucosa de los labios. Ayuda a emitir silbidos y soplar. Su función principal es el de cierre de los labios. Músculo *besador.* Inervado por la rama temporofacial y cervicofacial del nervio Facial.

- Músculo Risorio.



El músculo Risorio de Santorini tiene una inserción externa que se sitúa en la capa celulo- fibrosa que cubre la parótida, masetero y bucinador. La inserción interna se sitúa más profunda en la piel en los ángulos carnosos de la comisura. Su acción es la de arrastrar transversalmente las comisuras labiales. Su acción es parecida a la del bucinador pero al estar más externo de la pie, aumenta más el movimiento longitudinal de la boca. Su expresión es la sonrisa junto con el cigomático mayor. Participa activamente en la formación de hoyuelos de la mejilla. Su contracción individual da lugar a un tipo de sonrisa con carácter irónico.

TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO DE LA PARALISIS FACIAL.

Cuando el paciente llega a consulta por primera vez debe realizarse una evaluación fisioterapéutica del tono muscular, sincinesias y contracción de cada músculo. Se le explicará el tiempo que durará cada sesión y tratamiento entero que vendrá relacionado con el tipo de parálisis facial. En regla general puede durar desde 3 meses a 1 año, pudiendo quedar algún tipo de sincinesias, hemiespasmos o perdida de contracción de algún grupo muscular de la mímica.

La evaluación del tono:

0 = tono simétrico y normal
-1 = hipotonía ligera
-2 = hipotonía fuerte
+1 = hipertonía ligera
+2 = hipertonía fuerte

Las sincinesias se acotan de 0 a 3:

0 = ausencia de sincinesia
1 = moderada
2 = importante
3 = bastante considerable

La motricidad del músculo:

0 = Parálisis completa
0.5 = Fasciculaciones
1 = contracción sin movimiento
1+ = principio de movimiento
2 = movimiento importante pero sin signos de fuerza
2+ = primer signo de fuerza
2.5 = Varios signos de fuerza
3 -= movimiento casi simétrico
3 = movimiento simétrico

Tratamiento de la parálisis facial en consulta:

1. **Calor local**: Se puede utilizar una compresa o toalla húmeda y caliente sobre la hemicara afectada unos 10 minutos antes de comenzar la rehabilitación facial. Al igual el uso de un infrarrojo dirigido a unos 50 cm. De la cara ayuda a reactivar la circulación sanguínea y activar la musculatura facial.
2. **Electroterapia**: Existe controversia entre Occidente y China. En occidente la electroterapia como uso terapéutico de aceleración de la reinervación muscular no se utiliza ya que se piensa que puede producir reinervación anómala, creación de hemiespasmos faciales e hipertono facial. En china se utiliza con frecuencia diciendo que la estimulación afecta directamente al músculo y no al nervio, la estimulación al no ser retrógrada (no va del músculo a la placa motora sino al contrario) no puede afectar a la reinervación anómala que se piensa en Occidente. *Se puede usar la aplicación de corriente eléctrica de frecuencia 5-10 Hz. La previa detección del punto muscular con un amperímetro nos facilita la localización. Luego se le aplica una corriente eléctrica suave de manera localizada como medio de contracción involuntaria muscular, ayudando así al paciente sentir la contracción como medio de propiocepción.*

3. **Masaje**: El masaje favorece la circulación local, aumentando el metabolismo celular. El aumento de temperatura local de la musculatura de la cara favorecerá a la hora de realizar luego los ejercicios de contracción. El masaje hace que el paciente se relaje y podamos ganar su confianza para la hora de centrarse en los ejercicios.

Tipos de masaje facial:

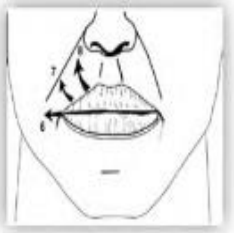
- **Masaje intrabucal**: Permite una relajación de la musculatura profunda (buccinador y elevador del labio, caninos, triangular). Se introducen 1 o 2 dedos dentro de la mejilla con un guante y el pulgar por fuera en forma de pinza. Se puede realizar presiones circulares o estiramientos cutáneos de la zona de la mejilla. Podemos tener acceso por dentro al musculo masetero, al que para localizarlo le pediremos una contracción del músculo (apretar los dientes), presionar el musculo para obtener una relajación del mismo.
- Masaje a golpeteo con el pulpejo de los dedos: Se puede establecer un recorrido de arriba-abajo y dentro- fuera de la cara. Con esta técnica de masaje el paciente recibe una estimulación agradable.
- Masaje con presión circular: con los dedos índice y medio se toma contacto con el músculo a trabajar y una vez en contacto realizamos círculos sin despegar los dedos de la piel.

- **Masaje Effleurage**. Con una Suave presión sobre la superficie cutánea de la cara con los dedos de la mano (hacerlo en ambos lados de la cara a la vez), dirección de dentro a fuera y de arriba abajo. Gran relajación muscular después del Effleurage.

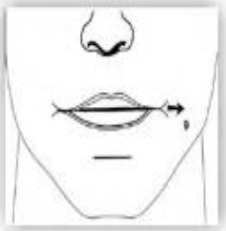
Contraer los labios como si se fuera a dar un beso (1. Orbicular de los labios. 2. Compresor)

Dilatar el ala de la nariz hasta levantar el labio superior y enseñar los dientes (3. Dilatador de la nariz. 4. Canino. 5. Elevador del labio superior)

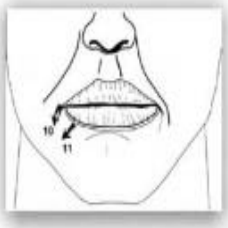
Expulsar aire lentamente como si se soplara a través de un popote (6. Buccinador. 7. Cigomático mayor. 8. Cigomático menor)



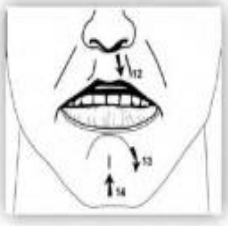
Sonrisa amplia dirigiendo la comisura labial hacia afuera y atrás (9. Risorio)



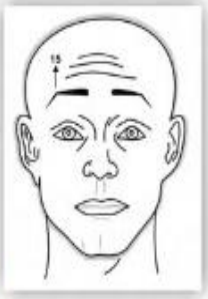
Apretar los dientes lo más fuerte posible (10. Cutáneo del cuello. 11. Triangular de los labios)



Arrugar el mentón (12. Mirtiforme. 13. Cuadrado de la barba. 14. Borla de la barba)



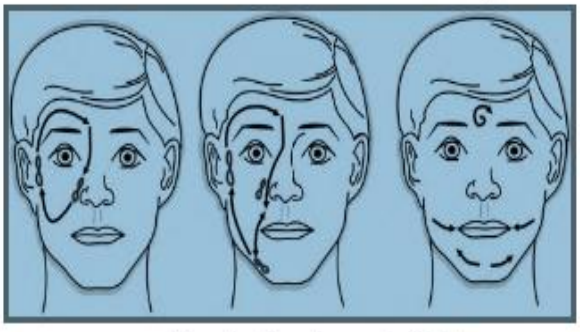
Elevar las cejas (15. Occipitofrontal)



Juntar las cejas (16. Ciliar)

Cerrar los ojos (17. Orbicular de los párpados)

Colocar el pulgar izquierdo en el interior de la mejilla derecha, con el índice y el medio en el exterior; mantener la mejilla estirada entre los tres dedos oblicuamente hacia abajo y hacia el lado sano sin tirar del párpado inferior derecho.



Diferentes tipos de masaje facial

4. **Ejercicios pasivos**. En las primeras fases de la parálisis facial, cuando el paciente llega con parálisis completa del nervio facial, se debe realizar ejercicios pasivos. Los ejercicios pasivos se hacen con la ayuda de nuestros dedos en dirección a la dirección de contracción del músculo que tratamos, por ejemplo en el caso del trabajo del cigomático mayor para una gran sonrisa, colocamos II y III dedo sobre el músculo y arrastramos la piel hacia atrás, llevándonos la comisura labial hacia arriba y hacia el lateral, al mismo tiempo que el paciente intenta realizar el gesto.
5. **Ejercicios activos**. Los ejercicios activos se demandan en todo momento de la rehabilitación, aunque no tenga ningún tipo de contracción, es importante demandarlos para una aceleración en la recuperación facial. En el momento que tenga el músculo facial cierta contractibilidad se deberá ayudar a realizar el ejercicio o el movimiento requerido. Los ejercicios activos pueden evaluarse según su fuerza de contracción. Desde ejercicios activos asistidos hasta los resistidos.
6. **Propiocepción facial**. Es importante realizar ejercicios de propiocepción para estimular la función sensitiva del nervio facial.

   Podemos usar:

   - Piedra jade a rodar sobre la cara afectada para dar estimulación sensitiva.
   - Rodamiento de superficie rugosa para la cara.
   - Masaje con Crema con azúcar o pepitas de uva.

7. **Ejercicios en el propio domicilio**:

   - Los ejercicios con un espejo son de vital importancia para tomar conciencia de la contracción que tiene el paciente y a nivel visual permite corregir las pequeñas dismetrías.

   - Ejercicios de soplar, silbar, llenar carrillos con agua y pasarlos de un lado a otro, ejercicios con chicle masticando en la hemicara afectada.

Etiología de la Parálisis facial de Bell en Medicina Tradicional China.

La acupuntura forma parte del arsenal terapéutico de la parálisis facial. La medicina tradicional China identifica la causa de la parálisis facial como una entrada o golpe de viento (generalmente frío) en el organismo.

El viento exógeno perverso entra en el cuerpo bloqueando los principales meridianos Yang de la cara (IG/V/VB/E), afectando al libre movimiento de Qi (energía) y Xue (Sangre) de los meridianos tendinomusculares que son los responsables de la oxigenación energética de los músculos de la cara.

La medicina Tradicional China da especial importancia a la energía Wei (energía defensiva del cuerpo humano). Esta energía wei es como una capa energética protectora que nos cubre de las invasiones climatológicas y entrada de virus. El viento es el principal vehículo de entrada de la energía perversa, los chinos siempre han pensado que la energía perversa como el viento es el principal causante de las parálisis faciales y otras enfermedades importantes. Tanta importancia le daban al viento que desarrollaron lo que es hoy en día el Fengshui que significa (Viento y Agua), decían que el ser humano debe construir su casa y a preferir su zona de trabajo también en zonas alejadas o protegidas del viento y próximas al agua.

Los chinos piensan que la zona de la cara, cuello (anterior y posterior) y región lumbar son regiones del cuerpo que conviene cubrir de ropa o tapar para evitar precisamente esta entrada de energía perversa. Evitaban dormir con las ventanas abiertas si hacía viento y siempre con los pies y región lumbar bien tapada.

La energía Wei o protectora que forma el halo energético responsable de nuestra defensa con el exterior (viento, virus…) puede verse disminuido por varias causas principales:

- **Exceso de trabajo y estrés emocional**.

Trabajar muchas horas bajo una condiciones estresantes sin un descanso adecuado, junto con la tensión emocional, conduce a deficiencia de Yin de Riñón. La deficiencia de Yin de Riñón suele conducir a deficiencia de Yin de Hígado y a una elevación del Yang de Hígado. El **Yang de Hígado**, puede subir rápidamente hacia la zona cefálica y causar parálisis facial. Previamente de la súbita parálisis facial, si se pregunta al paciente podría existir también signos clínicos de acúfenos (zumbidos en los oídos), dolores de cabeza, confusión mental o cansancio generalizado. El cansancio físico también es un causante directo de la parálisis facial de Bell, ocurre con frecuencia en mujeres embarazadas con un parto muy prolongado, lo que produce una bajada de defensas y una apertura clara para la energía perversa de poder entrar.

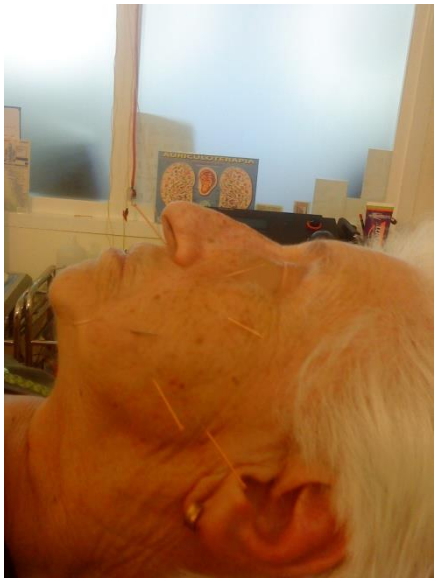
- **Dieta Irregular**.

Comer cantidades de grasas, productos lácteos, fritos y azucares debilita el **Bazo** y conduce a la formación de Flema. La flema puede ser caliente (quiere decir que permanece en movimiento constante) produciendo signos de confusión mental, lengua hinchada con la saburra lingual pegajosa. Las flemas en medicina china pueden ocasionar parálisis facial.

- **Actividad Sexual excesiva con un descanso inadecuado**.

La actividad Sexual excesiva en los hombres, combinado con falta de descanso **debilita la esencia de Riñón** y conduce a deficiencia de médula. La medula no consigue nutrir la sangre y puede producir en este caso estasis de sangre en la zona de la cara. También aparecerá la lengua morada. La medicina Tradicional china dice que el esperma es fuente de energía vital y no conviene expulsarla con mucha frecuencia; tanto es la importancia vital que se da a la eyaculación que los antiguos taoístas chinos practicaban la actividad sexual con el control de la eyaculación (siempre guardaban a no ser que quisieran procrear).

Tratamiento de la Parálisis facial con acupuntura



Cuando un paciente llega a consulta para tratar la parálisis facial, se le debe de hacer una serie de preguntas relacionadas con el origen de su parálisis. Es importante tratarlo con acupuntura desde el primer momento que surge la parálisis facial siempre después del tratamiento farmacéutico ofrecido por el médico especialista. Las sesiones se realizan en días alternos durante 10 sesiones formando un ciclo terapéutico, estacionamos 2-3 días entre ciclo con un media de 2-3 ciclos terapéuticos, según la evolución de la parálisis facial.

Podemos distinguir primero entre un tratamiento local o a distancia (distal).

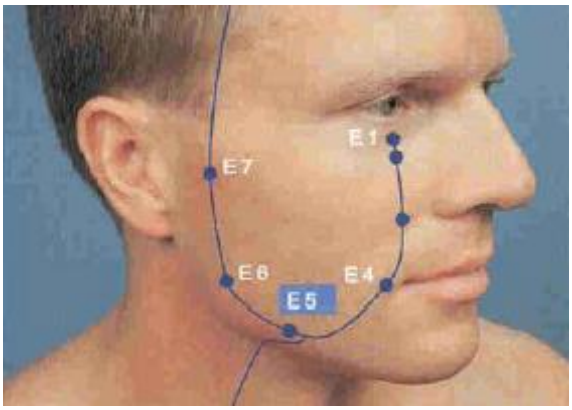
Los puntos distales se localizan en zonas alejadas de la hemicara afectada, los meridianos pueden salir desde las manos o los pies y van siguiendo un trayecto muy determinado hasta llegar a la cara.

La acupuntura distal tiene varias funciones principales:

- Desbloquear el grupo de meridianos Taiyang del Pie.

- Eliminar el viento exógeno perverso,

- Regular el Qi/xue (energía y sangre).



Puntos distales más importantes:

- Hegu (4Intestino Grueso).

- Waiguan (5 Triple Recalentador)

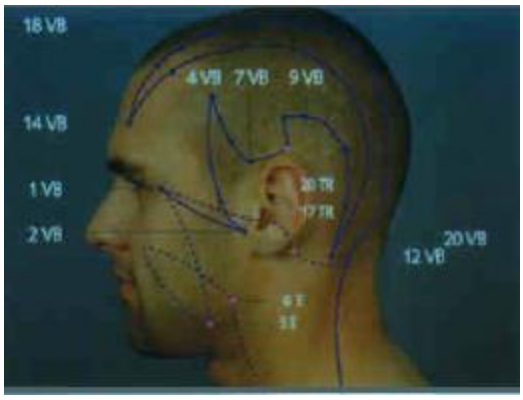
- Taichong (3 Hígado).

- Neiting (44 Estómago)

- Zusanli (36 Estómago)

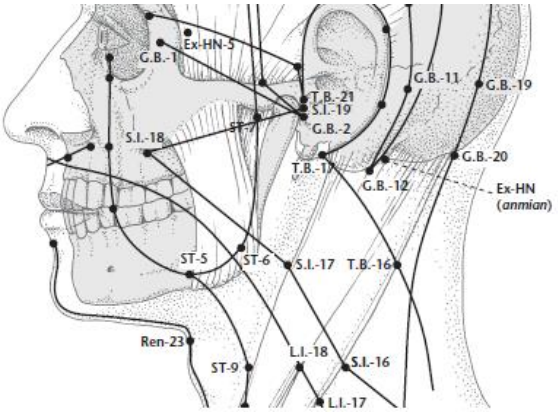
- Fengolong (40 Estómago)

- Chogyang (42 estomago) luo.



***Puntos locales más importantes*:**

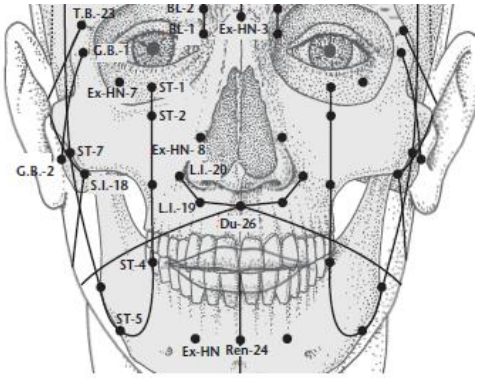
- V2 (Zanzhu). Imposibilidad a subir las cejas.



- 20 IG (Yingxiang) . surco nasolabial. A la altura del elevador del labio.

- 26 DM (renzhong). Desviación del surco nasolabial. A la altura del

orbicular de los labios.



- 24 DM. Desviación surco mento-labial.

- 14 VB (Yangbai). Puntura horizontal hacia abajo

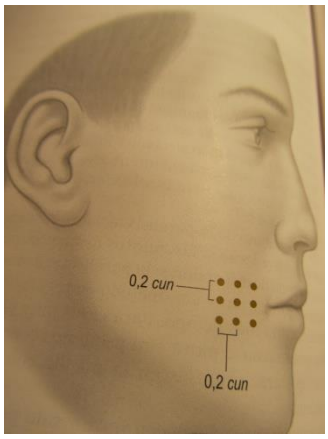
- 23 TR (Sizhukong)

- E2 (Sibai)

- 18 ID (Quanliao).

- E7 (Xiaguan) horizontal hacia E4 Dicang.

- 19 IG (Heliao)



Existe un método empírico para el tratamiento de la parálisis facial que consiste en pellizcar ciertos puntos dentro de la mejilla. Hay nueve puntos extra entre los dientes dispuestos en tres hileras de tres puntos con 0,2 cun entre cada hilera. Estos puntos se pueden hacer sangrar y usar ventosa posteriormente.

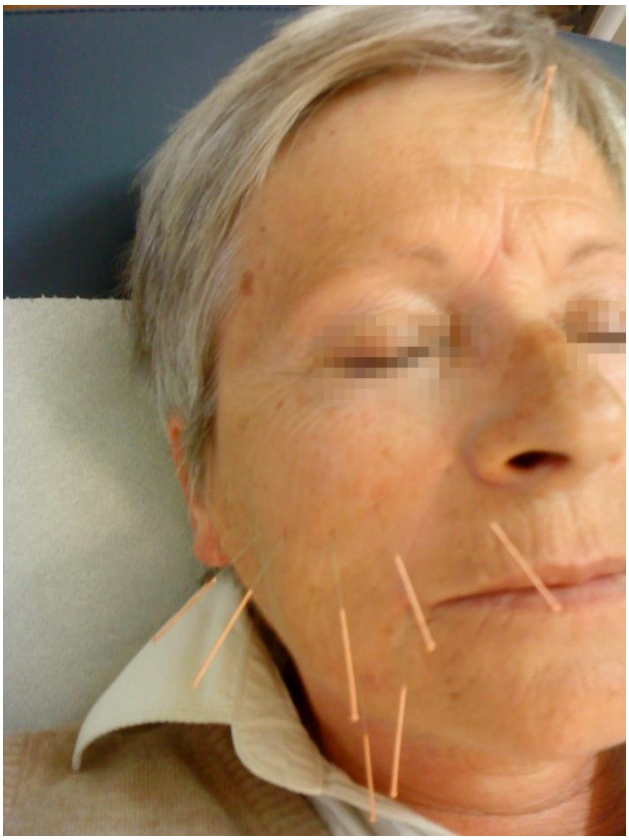
Técnicas de manipulación de la aguja de acupuntura para el tratamiento de parálisis facial periférica.

La profundidad de punción depende de cada caso en particular.

Existen varias técnicas:

A) Tonificación = introducción de la aguja lenta y extracción rápida
B) Dispersión = introducción de la aguja rápida y extracción lenta.
C) Tonificación = introducción de la aguja en sentido de la circulación del meridiano.
D) Dispersión = introducción de la aguja en sentido contrario del meridiano.

Se practica la rotación después de obtener el efecto del Qi. La tonificación o dispersión depende de la constitución del paciente y su edad.



Los pacientes jóvenes con forma física fuerte se aplica técnica de dispersión para eliminar la etiología externa. Cuando se trata de personas de avanzada edad, mujeres embarazadas o niños primero se realiza técnica de dispersión para eliminar el viento exógeno y luego tonificación.

Se pueden dejar las agujas unos 20-40 minutos.

Resumen de diversos métodos de tratamiento de la parálisis facial según la Medicina Tradicional China.

1. Manual D´Acupunture Courante de Dang Vu Hung

Describe como puntos principales en el tratamiento base:

- 9PC (TaiYang), 2V (Zanzhu), 4E (Dicang), 6E (Jiache), 26DM (Renzhong), 24RM (Chengjiang), 4IG (Hegu) y 36E (Zusanli).

- 17 TR (Yifeng) en el caso de existir acúfenos.

Recomienda la técnica de puntura transfixiante entre los puntos 4E (Dicang), 6E (Jiache), 1V (Jingming) y 2v (Zanzhu). La técnica transfixiante consiste en punturar el punto, alcanzar el Deqi y, a continuación dirigir la aguja hasta alcanzar un segundo punto situado en su proximidad.

Cuando la Parálisis facial es reciente se ponen puntos dolorosos locales en el lado enfermo y también se puntura un punto a distancia en el lado opuesto.

Se aconseja después de la acupuntura realizar moxación de los mismos puntos.

Como método de apoyo se utiliza la *Auriculoterapia* sobre los puntos ojo, nariz, maxilar superior e inferior.

2. "L´acupuncture practique"Autor A. Lebardier.

Considera la Parálisis Facial como una manifestación de vacío del Yin, basando el tratamiento en la tonificación de los meridianos Yang que pasan por el territorio facial, puesto que el Yang da al Yin.

Los puntos seleccionados son:

- 7P (Lieque)(punto de apertura del RM) se pone bilateral.

- 4IG (Hegu), 34VB (Yanglingquan), 2 VB (Tinghui), 67 V (Zhiyin), 3E (JUliao), 5E (Daying), 7E (Xianguan), 26DM (Renzhong), 24 RM (Chengjiang) y 17 TR (Yifeng).

Todos los puntos se aconseja colocarlos sobre el lado sano y en tonificación.

Se aplican móxas en los siguientes puntos:

- 3E (Juliao), 5E (Daying), 7E (Xiaguan), 2VB (Tinghui), 17TR (Yifeng), 16V (Dushu) bilateral y 12DM (Shenzhu).

Los puntos 16V (Dushu) de ambos lados y el 12 DM (Shenzhu) forman un triángulo energético y la aplicación de moxas sobre estos puntos refuerza el punto llave 7P (Lieque).

3. “Traité d´acupuncture” del instituto de Medicina Tradicional China de Shangai se describen como método de tratamiento de la Parálisis facial periférica los siguientes puntos.
   a) Tratamiento con acupuntura:
      - Puntos principales: 20 VB (Fengchi), 14VB (Yangbai), 4E (Dicang), 2E (Sibai) y 4IG (Hegu).
      - Puntos auxiliares: 26 DM (Ranzhong), 6PC (Yuyao), 9PC (Taiyang), 7E (Xiaguan), 36E (Zusanli), 44E (Neiting) y 19IG (Heliao).
      La técnica: el 2E (Sibai) se puntura transfixiante hacia el 3PC (Yintang). El 4E (Dicang) se puntura transfixiante hacia el 6E (Jianche). Si hay desviación del surco nasolabial se pone el 26DM (Ranzhong) y 19IG (Heliao). Se puntura superficialmente y se estimula de forma moderada. Todos los puntos se ponen en el lado paralizado excepto el 4IG (Hegu).
   b) Tratamiento con electroacupuntura:
      Los puntos seleccionados son: 17TR (Yifeng), 37PN (Weilé), 4E (Dicang) transfixiado hasta el 6E (Jiache).
      Se utilizan dos puntos en cada sesión, haciendo una sesión diaria en ciclos de 10 días.

4. El compilado de enfermedades tratados con **acupuntura y moxibustión de Tian Conghuo** describe varios métodos de tratamiento de la parálisis facial:

   1) Acupuntura con agujas filiformes:

   Puntos más importantes: 8E (Touwei), 7E (Xianguan), 6E (Jiache), 4E (Dicang), 14VB (Yangbai), 17TR (Yifeng), 20IG (YIngxiang), 4IG (Hegu).

   Puntos secundarios: 20VB (Fengchi), 2V (Zanzhu), 23TR (Sizhukong), 5E (DaYing) y 36 E (Zusanli).

   Se utiliza 4-5 puntos en cada sesión. Se aplica tonificación y dispersión simultáneamente, las agujas se dejan puestas durante 10-20 minutos. Se hace una sesión al día o a días alternos en ciclos de 10 días, intercalando de 5 a 7 días entre un ciclo y otro. Se prefiere en el lado enfermo pero también se puede insertar en ambos lados o sólo en el lado sano. Con este método de acupuntura simple se trataron 2.678 casos obteniéndose un promedio de curación del 66,8%, un promedio de eficacia del 95,6%, siendo el efecto nulo en el 4% de los casos.

   2) Aplicación de acupuntura y moxibustión:

   Se toman como puntos principales los puntos del meridiano Yangming y como secundarios los puntos locales y se eligen de 4 a 8 puntos cada sesión, haciendo una sesión diaria en ciclos de 12 sesiones. En la etapa inicial de la parálisis facial o en pacientes físicamente fuertes se utiliza la acupuntura como terapia dominante y en casos de larga evolución y/o pacientes débiles se utiliza la moxibustión indirecta interponiendo rodajas de jengibre. Se trataron con éste método 500 pacientes obteniéndose los siguientes resultados: Curación 52,8%, Efecto notable 12,6%, Progreso 33,2%, Efecto nulo 1,4%. Total de eficacia 98,9%.

3) **Acupuntura poco profunda en puntos múltiples:**

Éste método se aplica en casos de parálisis facial antigua. Se utilizan agujas filiformes del nº30, que se insertan a una profundidad de 0,2 y 0,3 cun, punturandose múltiples puntos elegidos entre los usuales para tratar la parálisis facial, poniéndose en el lado afectado y el 4IG (Hegu) y 36E (Zusanli) bilateralmente. Las agujas se mantienen durante 30 minutos en cada sesión, haciendo una sesión diaria en ciclos de 10 sesiones, reposando una semana entre un curso y el siguiente. Con éste método se trataron 27 casos de parálisis antigua, de más de 6 meses de evolución, siendo ésta de 1 a 4 años en la mayoría de los casos. Como métodos para la manipulación de las agujas se refieren los siguientes: a) tonificación en el área local y dispersión en los puntos lejanos. B) Tonificación y dispersión simultáneamente. C) Tonificación en el lado enfermo y dispersión en el lado sano.

Resultados obtenidos: Curación 44,4% (12 casos), Efecto válido 51,9% (14 casos), Efecto nulo 3,7% (1 caso). Eficacia total 96,3%

4) **Implantación de agujas intradérmicas.**

Éste método está indicado en pacientes con parálisis facial de constitución física débil, que son nerviosos o que tienen miedo a la acupuntura. Consiste en la utilización de agujas intradérmicas o agujas de opresión ue se insertan en cada punto de acupuntura en sentido horizontal, 0,1 cun, las primeras y en sentido vertical las segundas, adhiriéndolas con esparadrapo. Se dejan implantadas durante 24 horas, retirándose al cabo de éste tiempo y haciendo una nueva implantación. Se hace una sesión diaria en ciclos de 5 semanas, descansando 3-5 días para iniciar un nuevo ciclo si el paciente no se cura.

Puntos indicados: 19ID (Tinggong), 7E (Xiaguan), 1VB (Tongziliao), 2E (Sibai), 4E (Dicang), 6E (Jiache), 5P (Chize), 18ID (Quanliao), 17TR (Yifeng), 8E (Touwei), 36 E (Zusanli) y 12 VB (Eangu).
Se ponen 2-4 puntos del lado enfermo, 1 punto del lado sano y un punto distal unilateral. Se trataron 50 casos de parálisis facial periférica con una evolución máxima de 45 días en 25 casos y de una semana en los otros 25. Resultados del tratamiento: Curación 41 casos 82%, Mejoría 6 casos 11%, Sin efecto 3 casos 6%. Eficacia total: 47 casos 93%. El tratamiento más corto duró 5 sesiones y el más largo, 19 sesiones.

5) Digitopuntura.

Este método consiste en hacer movimientos de corte, rozamiento y presión digital con los pulgares de ambas manos y en su auxilio, con los índices.

Puntos seleccionados: 2V (Jingming), 14VB (Yangbai), 2E(Sibai), 7E (Xiaguan), 6E (Jiache), 26DM (Ranzhong), 4E (Dicang), 20IG (YIngxiang), 20VB (Fengchi) y 4IG (Hegu).

Se eligen puntos de ambos lados, rozando y presionando cada punto durante 5 minutos, haciéndose ciclos de 10 días de tratamiento, de una sesión diaria.

Se aplicó estar terapia a 22 casos de parálisis facial con menos de 10 días de evolución. Resultados:

- Curación 14 casos 63%, Mejoría 7 casos 31,7%, Sin respuesta 1 caso 4,5%, Eficacia de 21 casos 95,5%.

6) Sangría Acupuntural.

Éste método consiste en hacer punciones en el punto extra Neidicang, situado en la mucosa de la cara interna de la mejilla del lado enfermo, haciendo penetrar la aguja de 006 a 009 cun. Se hacen ciclos de 5 sesiones, a una ssión diaria.

Se trataron 85 casos de Parálisis facial periférica de menos de 1 mes de evolución. Los resultados fueron los siguientes:

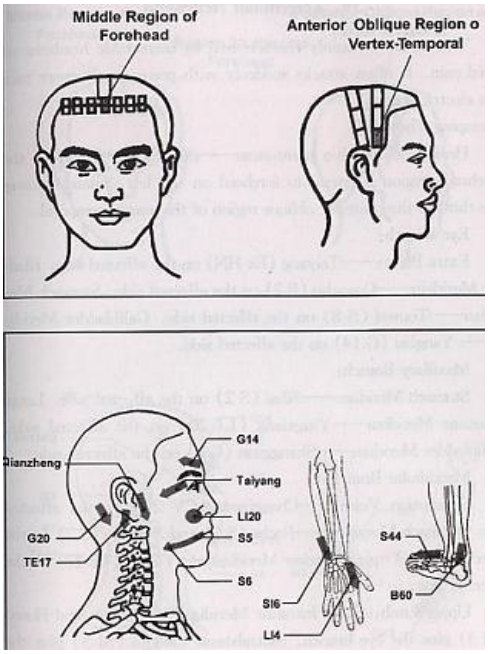
- Curación 64 casos 75,3%, Mejoría 17 casos 19,9%, Sin respuesta 5 casos 5,8%, Eficacia de 81 casos 94,1%

El tratamiento más corto duró 3 sesiones y el más largo, 22 sesiones.

Otro **método de sangrado acupuntural** es el empleado en el departamento de **Acupuntura de la facultad de medicina de Pekín**:

Se utilizan agujas triangulares y se percute el punto que corresponde al 4E en el interior de la boca, en la mucosa de la correspondiente mejilla; después se incide en otros dos puntos situados a 0,5 cm. Hacia atrás a lo largo de la línea de oclusión dental. A continuación, se inciden otros cuatro puntos situados a 0,5 cm. Por encima y por debajo de los otros tres puntos, totalizando 7 puntos. Se incide a una profundidad de 1-2mm. Durante 20 veces en un área de 3 mm. De diámetro situada alrededor de los puntos referidos para producir sangrado. Si se viesen venas engrosadas en la zona también se incidirán para sangrarlas.

Tratamiento de la parálisis facial idiopática mediante Electroacupuntura.



1) Método de aplicación de Electroacupuntura descrito en el Compilado de Tian Conghuo

Los puntos indicados son los siguientes:

- Puntos principales: punto extra Qianzheng (situado entre 0,5 y 1 cun anterior al lóbulo de la oreja) y Dicang (4E).

- Puntos auxiliares: 9PC (Taiyang), 7E (Xiaguan) y 14VB (Yangbai).

Se utilizan 2 puntos: el Qianzheng se conecta al polo negativo del electroacupuntor y el 4E (Dicang) se conecta al polo positivo. Por lo general, bastan estos dos puntos; si es necesario se agregan puntos auxiliares, pero poniendo siempre el Qianzheng, así podemos poner:

- Qianzheng conectando al polo negativo y 7 E (Xiaguan) al positivo.

- Qianzheng conectando al polo negativo y 9PC (TaiYang) al positivo.

Se emplean ondas intermitentes, provocando un estímulo con intensidad suficiente para hacer contraer los músculos faciales sin llegar a causar molestia, con una frecuencia de 40-60 Hz. La electricidad se aplica durante 15-20 minutos y se hacen ciclos de tratamiento de una sesión diaria durante 10 días, descansando de 3 a 5 días antes de iniciar un nuevo ciclo. Con esta terapia se trataron 51 casos de paralisis facial con más de 6 meses de evolución y 15 de ellos la padecían desde hacía 2 años.

Resultados: Curación 35 casos 72,5%, Mejoría 12 casos 23,5%, Efecto nulo 2 casos 4%, Eficacia Total 49 casos 96%.

2) Método descrito por Zhang Jun Qi. Hospital de Kaifeng

Puntos seleccionados:

- puntos principales: 17TR (Yifeng), Punto extra 11 (Qianzeng), 7E (Xiaguan) y 4IG (Hegu).

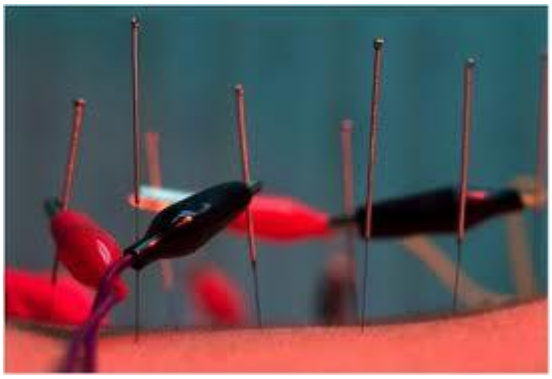
- Puntos secundarios: 14VB (Yangbai), 2V (Zanzhu), 23TRe (Sizhukong), 20IG (YIngxiang), 4E (Hegu), 26DM (Ranzhong), 24RM (Chengjiang), 6E (Jiache) y 18ID (Quanliao).

De entre los puntos secundarios se eligieron aquellos que se precisaron según los síntomas y signos presentes en cada caso. Los puntos se punturaron en el lado afectado excepto el 4IG (Hegu) que se puso bilateralmente.

El método consistión en la inserción de agujas filiformes del nº30 y de 1,1,5 cun de largo, a una profundidad de 0,1- 0,3 cun, y se mantuvieron durante 20 minutos, aplicando tonificación, dispersión uniforme. Así mismo, se conectó un electroestimulador a los siguientes grupos de puntos:

a) 6E (Jiache), 7 E (Xiaguan), 20IG (Yingxiang) y 4E (Hegu).
b) 14VB (Yangbai), 2V (Zanzhu) y 23 Tr (Sizhukong).

Se electroestimuló durante 5 minutos, aplicando onda discontinua con frecuencia de 15- 20 veces por minuto: la intensidad de salida se determinó según la tolerancia del paciente, justo por debajo del umbral del dolor.

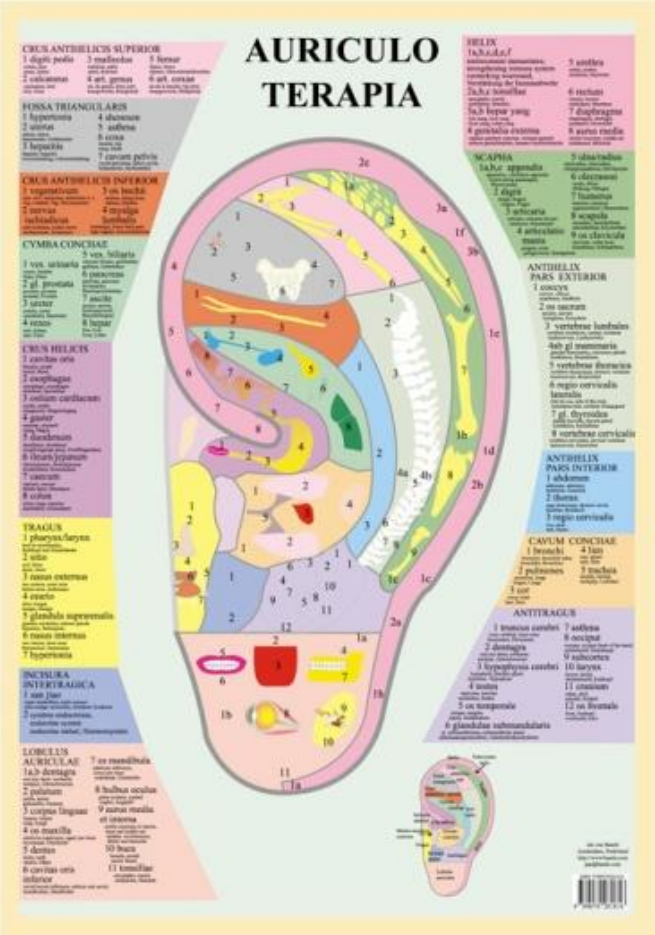


Se trataron con este método de 80 casos de parálisis facial y el resulta fue de una eficacia total de 79 casos 98,75%, Curación 71 casos 88,75%, Mejoría 8 casos 10%, Fracaso 1 caso 1,25%.

Estos resultados se compararon con los obtenidos en un grupo de 70 pacientes con parálisis facial tratada con acupuntura convencional (sin electroacupuntura). Para el tratamiento con acupuntura se seleccionaron los mismos puntos, tanto principales como secundarios, que los reseñados en el método anterior. Resultados de comparativa sin electroacupuntura y sólo la aplicación de acupuntura tradicional: Curación 61 casos 87,14%, Mejoría 8 casos 11,61%, Fracaso 1 caso 1,43%

Conclusión: No existe diferencia estadísticamente significativa entre el tratamiento de la parálisis facial con acupuntura convencional y electroacupuntura.

Auriculoterapia en la parálisis facial



Cuatrocientos años A.C., los libros de Medicina China, ya consideraban la oreja

no como un simple apéndice, sino como una conexión con todo el sistema

energético humano. Tanto los seis meridianos Yang, como los seis meridianos

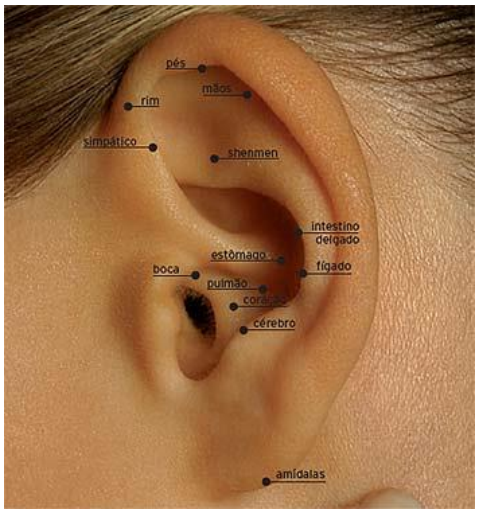
Yin, tienen conexión con la oreja, a través, fundamentalmente de los Vasos

Reguladores.

Hace milenios que la Medicina China usa la oreja como base para el

diagnóstico y el tratamiento de diversos órganos.

La alteración de cualquier parte del cuerpo (órganos, vísceras, estructuras...)



se observan en la oreja por las siguientes manifestaciones:

- Baja resistencia al paso de la corriente eléctrica.

- Dolor a la palpación

- Mayor afluencia de sangre

- Cambio de color

- Pequeñas erupciones o ampollas.

El **Diagnóstico** en auriculoterapia es a través de los siguientes métodos:

- Detección eléctrica a través del principio de disminución de la resistencia al paso de corriente de bajo voltaje en los puntos reactivos (Amperímetro).

- Detección sensitiva (signo de guiño) en base al principio tradicional de plenitud=dolor.

- Detección visual debido a que la plenitud de energía produce un incremento en la vascularización en una zona determinada.

El **Tratamiento** será con los siguientes métodos:

- Estimulación con una aguja en el punto reactivo correspondiente.

- Dejando una semillas o bolas imantadas, parches de Photon en el área auricular afectado, éste tratamiento se empleara como terapia semipermanente en el que el paciente mantendrá durante una semana.

- Mediante electro-estimulación del área afectada.

- Inyectando algunos líquidos.

- Con calor a través de la aguja.

- Mediante moxibustión del punto.

- Cauterización del punto.

Puntos a tratar en Auriculoterapia para la Parálisis facial.

- 8 Punto auricular (ojo)

- 11 Punto auricular (mejilla)

- 14 Punto auricular (nariz)

- 84 Punto auricular (boca)

- 5 Punto auricular (maxilar superior)

- 6 Punto auricular (maxilar inferior)

- 97 Punto auricular (Higado)

- Shenmen

- 24 a y b Punto auricular (ojos)

- Punto Valium

Conclusión final

El objetivo de este artículo es dar a conocer las diferentes opciones de tratamiento que hay para tratar una parálisis facial. Evidentemente todos los tratamientos deben de tener el seguimiento principal del médico especialista, en este caso el otorrino o el neurólogo, que será quién dé el diagnóstico de la lesión a tratar. Queda demostrado en diversos artículos científicos que la acupuntura como la fisioterapia mejora y acelera el proceso de rehabilitación del nervio.

Bibliografía

1. Schirm J, Mulkens PSJZ. "Bell's palsy and herpes simplex virus". APMIS 105: 815-823, 1997
2. McCormick DP. "Herpes-simplex virus as a cause of Bellís palsy". Lancet. 1: 937-9, 1972
3. Adour KK, Bell DN, Hilsinger RL : "Herpes Simplex Virus in Idiopathic Facial Paralysis (Bell Palsy)". JAMA 233: 527-30, 1975.
4. Danielides V, Skevas A, Van Cauwenberge P. "A comparision of electroneuronography with facial nerve latency testing for prognostic accuracy in patients with Bellís palsy". Eur Arch Otorhinolaryngol. 253: 1-2, 35-8. 1996.
5. Fil- Carcedo LM. “la paralisis facial”editorial médica panamericana 2004;233-244
6. Rev. Med imss 2004; 4(5): 425-436. Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica.
7. Yagi N “comparasion of thread test of lacrimation to Schirmer test” Annals of otology, rhinology and Laryngology, supplement 122 – January 1986 vol. 95.

Agradecimiento por las fotos cedidas a:

- www.artnatomia.net. (Victoria Contreras Flores)