

Tratamiento de la parálisis facial por viento frío con masaje Tuina

Treatment of the facial paralysis by cold wind with Tuina massage

Dra. Leonor María Barranco Pedraza^I; Dra. Mónica de Zayas Olazábal^{II}; Dra. Marlen de la Torre Rosés^{III}; Dra. Yoimi Díaz Brito^{IV}

^I Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Medicina Natural y Tradicional. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Profesor Instructor. Universidad de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay". Camagüey, Cuba. leonor@iscmc.cmw.sld.cu

^{II} Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Policlínico Área Este. Camagüey, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Anatomía Humana. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Profesor Auxiliar.

^{IV} Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor.

RESUMEN

Fundamento: numerosas investigaciones avalan la utilidad de tratamientos de Medicina Tradicional y Natural en la parálisis facial con resultados satisfactorios. **Objetivo:** evaluar la eficacia del tratamiento de la parálisis facial por viento frío con masaje tuina. **Método:** se realizó un estudio de intervención para determinar la eficacia del tratamiento de la parálisis facial por viento frío con masaje tuina en adultos pertenecientes al Distrito "Julio Antonio Mella" de la provincia de Camagüey, durante el período comprendido entre el primero de enero del 2007 y el treinta de junio del 2008. El universo estuvo constituido por cuarenta y un pacientes quedando conformada la muestra por treinta y tres de ellos. Los datos fueron procesados en una microcomputadora Pentium, los métodos empleados fueron: estadística descriptiva usando distribución de frecuencia. **Resultados:** de los síntomas acompañantes, la hiposialia presentó mayor incidencia. No hubo predominio en cuanto al sexo, a diferencia

de la edad que estuvo mayormente representada en el grupo etáreo de dieciocho a veintiocho años. **Conclusiones:** presentaron mejor respuesta al tratamiento los pacientes que acudieron antes de los cinco días. El antecedente de diabetes mellitus repercutió negativamente en la evolución de los casos estudiados. Se comprobó que todos los pacientes modificaron el grado de lesión neurológica de forma favorable. La mayoría de los casos, al finalizar el tratamiento, eliminaron la parálisis facial, por lo que queda evidenciado que el tratamiento de la misma con masaje tuina es eficaz. No se presentaron reacciones adversas al tratamiento.

Palabras clave: masaje/ utilización, parálisis facial/ terapia, frío/ efectos adversos

ABSTRACT

Background: numerous investigations guarantee the utility of treatments of Traditional and Natural Medicine in facial paralysis with satisfactory results. **Objective:** to evaluate the effectiveness of the treatment for facial paralysis by cold wind with tuina massage. **Method:** an intervention study to determine the effectiveness of the treatment for facial paralysis by cold wind with tuina massage was conducted in adults belonging to the district "Julio Antonio Mella" of Camagüey city, from January 1st, 2007 to June 30, 2008. The universe was constituted by forty-one patients being conformed the sample by thirty-three of them. Data were processed in a Pentium microcomputer, the used methods were: descriptive statistic using distribution of frequency. **Results:** of the accompanying symptoms, hyposlalia presented bigger incidence. There was no prevalence as far as sex, contrary to the age that was mostly represented in the age group from 18 to 28 years. **Conclusions:** better answer to the treatment presented patients that were attended before the five days. The antecedent of diabetes mellitus repelled negatively in the evolution of the studied cases. It was proven that all the patients modified the grade of neurological lesion in a favorable way. Most of the cases, when concluding the treatment, eliminated the facial paralysis, for what is evidenced that this treatment with tuina massage is effective. No adverse reactions to the treatment showed up.

Key words: massage/ utilization, facial paralysis/ therapy, cold temperature/ adverse effects

INTRODUCCIÓN

La parálisis facial por viento frío se origina por la invasión del factor patógeno externo viento frío al organismo, afectando los canales energéticos.¹ Por las características descritas del cuadro clínico, este tipo de parálisis corresponde con la Parálisis facial periférica a Frigori o

Parálisis de Bell, descrita por primera vez por el médico inglés Charles Bell (1829) de cuyo apellido toma su nombre.²

El tratamiento convencional incluye medicamentos entre los que se encuentran vitaminas, antivirales, antiinflamatorios esteroideos, benzodiazepinas, entre otros, los cuales pueden provocar diferentes reacciones adversas.³

Numerosas investigaciones avalan la utilidad de tratamientos de Medicina Tradicional y Natural en la parálisis facial con resultados satisfactorios.^{4,5}

Dentro de las variantes terapéuticas de la Medicina Tradicional se encuentra el masaje Tuina. Entre las acciones que se logran con la aplicación del mismo se encuentran: promover movimiento y las actividades de los tejidos del cuerpo, activar la circulación de la sangre, eliminar los estancamientos y proporcionar movimientos pasivos.^{6,7}

Debido a las características de este tipo de masaje y no haber encontrado referencia de investigaciones en parálisis facial periférica, que utilice esta terapia como único tratamiento, se consideró necesario evaluar la eficacia del tratamiento de la Parálisis facial por viento frío con masaje tuina.

MÉTODO

Se realizó un estudio de intervención para determinar la eficacia del tratamiento de la Parálisis facial por viento frío con masaje tuina en adultos pertenecientes al Distrito "Julio Antonio Mella" de la provincia de Camagüey, durante el período comprendido entre el 1ro de enero del 2007 al 30 de junio del 2008. El universo estuvo constituido por 41 pacientes que acudieron a las áreas de salud Este, Ignacio Agramonte y Julio Antonio Mella que fueron diagnosticados con una parálisis facial periférica, de enero a junio del 2008. La muestra quedó conformada por 33 pacientes que cumplieron con los criterios para la selección de sujetos establecidos para esta investigación. Los pacientes fueron incluidos de forma secuencial, después de ser valoradas por un especialista en Medicina General Integral. Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico intencional.

Criterio diagnóstico:

Parálisis Facial Periférica unilateral que comienza bruscamente y alcanza un carácter total o parcial en horas o en dos o tres días, con antecedente de exposición de forma brusca, a una temperatura inferior a la del local en que se encontraba previamente o abriera nevera y expusiera su rostro a bajas temperaturas. Ausencia de otro signo o síntoma del sistema nervioso central. Ausencia de signos o síntomas de enfermedad del oído o de la fosa cerebral posterior. Muchas veces el comienzo de la parálisis es precedido por un pródromo viral como congestión nasal, dolores musculares, irritación de la garganta. Aparecen además, en la mayoría de los casos alteraciones del gusto, dolor localizado en el oído del lado afectado o más atrás, sensación de adormecimiento o anestesia en el lado afectado sobre el extremo

del labio superior y en la comisura labial o todo el lado de la cara y superficie externa de la lengua del lado afectado. Se atribuye gran importancia a que, aunque la hemicara es descrita como acartonada o dormida, no exista ningún trastorno sensitivo, pues esto sería totalmente incompatible con el diagnóstico. El hecho de que se describa la sensación de adormecimiento o de anestesia en la hemicara afectada pudiera deberse a infección viral del trigémino por continuidad, debido a la cercanía entre las fibras motoras del facial y las sensitivas del trigémino encargadas del área en cuestión.

Los signos que pueden estar presentes son: borramiento de las arrugas frontales, hendidura palpebral ampliada y el cierre del ojo es imposible en el lado afectado en los casos más severos (lagofthalmia). Puede aparecer el signo de Bell, es decir, al intentar cerrar los párpados la contracción sinérgica fisiológica del recto superior hace girar hacia arriba y afuera al globo ocular y se descubre la esclerótica. La posición descendida del párpado inferior separa el punto lagrimal del saco conjuntival y las lágrimas se deslizan al exterior (epifora). La superficie del ojo seca constituye un signo de mal pronóstico.

En paresias ligeras, al cerrar los ojos con fuerza, se aprecian mejor las pestañas en el lado afectado (signo de Souques). La respuesta motora del reflejo corneal y el reflejo de oclusión de los párpados a la amenaza está disminuida o abolida, aunque es normal la sensibilidad corneal.

La parálisis de la parte inferior de la cara se reconoce por el borrado del pliegue naso geniano, la caída de la comisura labial, retracción de la boca hacia el lado sano, incapacidad para sonreír, hinchar la mejilla del lado paralizado o silbar. Se dificulta la articulación de la palabra y los alimentos se retienen entre la mejilla y las encías. El músculo cutáneo del cuello no se contrae cuando se abre la boca contra oposición (signo cutáneo de Babinski). La asimetría de la boca hace que la lengua parezca desviada al ser protruída, pero se aprecia que está en la línea media si se compara su situación con la de los dientes.

Clasificación de la parálisis según House Brackman.^{8,9}

Grado I.- Normal: simetría facial.

Grado II.- Ligera disfunción: ligera hipotonía, pero conserva los movimientos.

Grado III.- Disfunción moderada: obvia hipotonía, con algunos movimientos.

Grado IV.- Disfunción moderadamente grave: incapacidad para elevar la ceja, obvia hipotonía y significativa disminución del movimiento.

Grado V.- Disfunción grave: movimientos ligeramente perceptibles.

Grado VI.- Parálisis total: no movimientos.

Criterios de inclusión: edades superiores a los 18 años, cumplir con los criterios diagnósticos y menos de 15 días del comienzo de los síntomas.

Criterios de exclusión: que entre los síntomas que presente se encuentre el dolor facial, estar recibiendo tratamiento previo con electroestímulo, calor o corticoides, enfermedades crónicas descompensadas.

Criterios de salida: abandono voluntario del tratamiento por parte del paciente, aparición de alguno de los aspectos que constituyen criterios de exclusión, ocurrencia de reacción adversa atribuible al tratamiento.

Criterio de fracaso terapéutico: pacientes que luego de concluido el tratamiento no presenten modificación favorable del grado de intensidad de la parálisis.

Tratamiento: se empleó masaje facial Tuina. El principio del masaje consistió en mejorar la circulación sanguínea regional, eliminar la inflamación y promover la restauración de las funciones nerviosas.

El método básico de tratamiento fue la regulación mediante movimientos estables y suaves de frecuencia lenta, indicados en disturbios de energía (qi) y sangre (xue) y por obstrucción de los canales y vasos sanguíneos.⁶

Para aplicar el masaje se tuvo en cuenta que el paciente no refiriera dolor facial, la piel estuviera sana, y previo lavado con agua y jabón tanto de las manos del terapeuta como de la zona a tratar. No se utilizó lubricante. El tratamiento se realizó con el paciente acostado en decúbito supino en una camilla de masaje.

Las maniobras se realizaron durante un minuto, bilateralmente según los siguientes pasos:⁶

Sobar con el dedo pulgar los puntos Fengshi Vb₂₀ , Yangbai Vb₁₄, Zanzhu V₂ , Sibai E₂ , Dicang E₄, Jiache E₆ , Yifeng Sj₁₇, Yingxiang Ig₂₀ , durante un minuto aproximadamente cada punto.

Empuje en línea recta hacia arriba con el pulgar de Yintang a Sizhukong Vg₂₃.

En la frente comenzando por la región supraciliar realizar la maniobra de empujar y separar en semicírculo de Yintang a Yangbai Vb₁₄ y de este a Sizhukong Sj₂₃ , después de la línea media hacia afuera.

Sobamiento de Taiyang.

Empuje en ángulo oblicuo hacia afuera de la nariz en dirección al surco nasogeniano.

Empuje alrededor de la boca utilizando los dedos índice y medio, colocando el primero por encima del labio superior y el segundo por debajo del labio inferior desplazándolos hacia afuera.

Fricción con los cuatro dedos con movimientos ascendentes siguiendo la rama facial del meridiano estómago.

Sobamamiento de Yifeng Sj 17.

Pulsar (pellizcar y tirar) en forma ligera y con ritmo claro los músculos faciales del lado enfermo del paciente.

Fricción con los dedos índice, medio, anular y meñique la región facial hasta que el paciente tenga la sensación de calor en la región frotada.

El tratamiento se realizó de lunes a viernes en una sesión diaria, descansando los fines de semana. Después de las sesiones número 15 y 30 se deja descansar una semana para, al término de ésta, reanudar el tratamiento hasta la sesión número 45. La respuesta al tratamiento se evaluó cada 15 días en igual, mejorado o curado teniendo en cuenta la modificación alcanzada del grado de parálisis según los criterios de House Brackman, y se concluyó el tratamiento antes de la sesión número 45 en pacientes de que se alcanzara la recuperación total.

La respuesta al tratamiento se realizó según los siguientes criterios:

Buena: desaparición de los síntomas y signos y modificación del grado de intensidad de la parálisis hasta alcanzar el grado I.

Regular: existe mejoría o desaparición de los síntomas, mejoría de los signos y modificación positiva del grado de intensidad de la parálisis.

Mala: permanencia, mejoría o desaparición de los síntomas y, mejoría de los signos sin llegar a implicar modificación positiva del grado de intensidad de la parálisis.

La evaluación terapéutica se evaluó según los criterios de:

Eficaz: incluye la respuesta al tratamiento buena, es decir, desaparición de los síntomas y signos y modificación del grado de intensidad de la parálisis hasta alcanzar el grado I.

No eficaz: cuando el paciente alcanza evaluación del tratamiento regular o malo.

RESULTADOS

De los síntomas acompañantes, los que presentaron mayor incidencia fueron la hiposlalia con un 84.8%, dolor retroauricular con el 63.6% y lagrimeo con el 51.5%. La hiperacusia solo se presentó en el 12.1% de los casos. Después del tratamiento aplicado sólo un paciente mantiene la hiposlalia, el lagrimeo y la hiperacusia. El dolor retroauricular, el lagrimeo y la hiposlalia, son los síntomas que desaparecen en el mayor por ciento de los casos en la primera evaluación con un 90.4, 88.2 y 71.4% respectivamente. [Tabla 1](#)

Al relacionar la respuesta al tratamiento con tiempo de evolución de la parálisis facial en el momento que acude a consulta, muestra que los pacientes que acuden antes de los cinco días son los que presentan mejor respuesta al tratamiento (72.7%), de los dos pacientes que acudieron entre seis y diez días uno evolucionó regular y el otro mal. [Tabla 2](#)

Los pacientes que presentaban antecedente de Diabetes Mellitus fueron los que evolucionaron regulares o mal, los antecedentes de Hipertensión arterial y Asma Bronquial no incidieron negativamente en este estudio. [Tabla 3](#)

Al relacionar la respuesta al tratamiento con la severidad de la lesión neurológica, se encontró que cuanto mayor es el grado de lesión peor es la evolución. El paciente que llegó con un Grado VI de parálisis facial presentó mala evolución, de los dos pacientes clasificados como parálisis Grado V el 50% evolucionó regular y el 50% mal. [Tabla 4](#)

Se comprobó que todos los pacientes modificaron el grado de lesión neurológica de forma favorable y 24 pacientes eliminaron la parálisis facial. [Tabla 5](#)

En el 72.7% (24 casos) la respuesta al tratamiento fue buena como se refleja en la tabla cinco, independientemente de que en la totalidad de los casos hubo mejoría de síntomas y signos, nueve pacientes no resolvieron en su totalidad esta afección. No se encontraron reacciones adversas durante el tratamiento.

DISCUSIÓN

En cuanto a los síntomas acompañantes, los más frecuentes fueron la hiposlalia, dolor retroauricular y lagrimeo. Gavilán reporta en el lagrimeo, la hiposlalia y el dolor retroauricular cifras inferiores.¹⁰ Si se tiene en consideración los beneficios del masaje sobre la estimulación muscular, aumento de la circulación sanguínea y por tanto la nutrición de los tejidos imbricados, analgésico al propiciar la circulación de energía y eliminar los estancamientos y tónico muscular,⁶ se puede comprender la disminución o desaparición precoz de la hiposlalia, el dolor retroauricular y lagrimeo, síntomas que se eliminan en el mayor por ciento de los casos en la primera evaluación.

El tratamiento temprano, es decir, antes de las 72 horas de iniciado el cuadro, según Shindo, es imperativo, ya que los términos tiempo y grado de lesión pueden tener implicaciones en el retorno de la función del nervio, además de la repercusión en el estado emocional del paciente.¹¹ También Wolf señala la necesidad de un tratamiento temprano para garantizar rápida respuesta a la terapia y en su estudio también queda evidenciado que

los pacientes que acuden antes de los cinco días son los que presentan mejor respuesta al tratamiento.¹²

Esta investigación demuestra lo desfavorable que resulta el antecedente de Diabetes Mellitus, lo que se corresponde con las características propias de esta enfermedad de producir una neuropatía metabólica que agrava cualquier alteración de los nervios periféricos. Según la Medicina China¹ en la Diabetes Mellitus el órgano implicado es el bazo-páncreas. Éste se relaciona con la energía defensiva, pues interviene en el proceso de digestión y brinda el qi (energía) de los alimentos que junto al qi de pulmón produce el qi defensivo que protege al organismo de la invasión de los factores patógenos exógenos, por tanto, una alteración en este órgano constituiría un factor de riesgo, al hacer que este sea más vulnerable a la exposición de factores patógenos exógenos por debilitamiento del weiqi o energía defensiva y la evolución favorable también sería entorpecida.

Las investigaciones Estudio clínico de la parálisis facial y factores que influyen en su pronóstico, de Japón y Pronóstico de la parálisis de Bell: una comparación de pacientes diabéticos con no diabéticos, coinciden con establecer la Diabetes Mellitus como un factor entorpecedor de la evolución, fundamentalmente en la evolución tardía, en términos de recuperación el segundo estudio refiere una evolución favorable en el 52.6% de diabéticos respecto al 82.5% en los no diabéticos, a los seis meses de iniciada la parálisis.¹³

En el presente estudio el comportamiento de la severidad de la lesión neurológica, influye negativamente en la terapéutica aplicada, es comprensible, ya que denota mayor afectación tanto neurológica como energética. Investigaciones precedentes revelan que de forma general, la recuperación entre 15 días a seis semanas, aunque en algunos casos puede llegar a cuatro años en las formas más graves y el 16% muestran secuelas de moderadas a severas.¹⁴

El hecho de que todos los pacientes modificaran el grado de lesión neurológica de forma favorable y un gran número eliminaran la parálisis facial, evidencia lo útil de esta terapia en la enfermedad estudiada.

CONCLUSIONES

Presentaron mejor respuesta al tratamiento los pacientes que acudieron antes de los cinco días. El antecedente de Diabetes Mellitus repercutió negativamente en la evolución de los casos estudiados.

Se comprobó que todos los pacientes modificaron el grado de lesión neurológica de forma favorable.

La mayoría de los casos, al finalizar el tratamiento, eliminaron la parálisis facial, por lo que queda evidenciado que el tratamiento de la misma con masaje tuina es eficaz.

No se presentaron reacciones adversas al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jaramillo J, Ming M. Fundamentos de Medicina Tradicional China, Tercer Mundo. 1985, 86-9.
2. Sir Charles Bell (1774-1842): contributions to neuro-ophthalmology. *Acta Ophthalmol Scand*. 2007 Dec; 85(8):897-901. Epub 2007 Aug 2. Disponible en: <http://www.Ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
3. Santos -Lasaosa S, Lopez del Val J, Iñiguez C, Ortells M, Escalza I, Navas I. Parálisis Facial Periférica: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Rev. Neurol* 2000; 31:14-6.
4. Zhang D. A method of selecting acupoints for acupuntura treatment of peripheral facialparalysis by thermography. *Am J Chin Med*. 2007;35(6): 967-75.
- 5 Zhongguo ZJ. Clinical observation on moxibustion and acupuncture at Zusanli (ST 36) for treatment of refractory facial paralysis. [serie en internet] 2006 Nov;26(11):775-7. Disponible en:[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17165497?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=5&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17165497?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=5&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)
6. Chen Mulin. *Masaje Tradicional Chino*. La Habana; 1995:12, 20, 65, 71, 79, 80, 96.
7. Guntinas-Lichius O, Hundeshagen G, Paling T, Streppel M, Grosheva M, Irintchev A, et al. Manual stimulation of facial muscles improves functional recovery after hypoglossal-facial anastomosis and interpositional nerve grafting of the facial nerve in adult rats. [serie en internet] 2007 oct. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17698365?Ordinalpos=622&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum. 28(1):101-12. Epub 2007 Aug 14.
8. Peitersen E. Natural history of Bells palsy. *Acta Otolaryngol* 1992; 492: 122-24.
9. Shindo M. Management of facial nerve paralysis *Otolaryngology. Clinic of North America* 1999; 32(5).
10. Gavilán C, Gavilán J, Rashad M, Gavilán M. Estudio pronóstico de la parálisis facial de Bell. *Acta otorrinolaring Esp* 1989; 40 (52):236-42
11. Shindo M. Management of facial nerve paralysis *Otolaryngology. Clinic of North America* 1999; 32(5).

12. Wolf SR. Idiopathic facial paralysis. *Health Star* 1998; 46(9): 786-98.
13. Kanazawa A, Haginomori S, Takamaki A, Nonaka R, Araki M, Takenaka H. Prognosis for Bell's palsy: a comparison of diabetic and nondiabetic patients. [serie en internet] 2007 Aug; *Acta Otolaryngol.* 127(8):888-91. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17763003?ordinalpos=584&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
14. Zhongguo ZJ. Point-through-point acupuncture for treatment of peripheral facial paralysis. 2006 Apr; 26(4):287-9. Disponible en: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16642618?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=1&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16642618?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=1&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)
15. English Jeffrey B, Stommel E W, Bernat J L. Recurrent Bell's Palsy. *Rev Neurol* 1996; 47(2): 112-17.

Recibido: 11 de noviembre de 2008

Aprobado: 6 de enero de 2009

Dra. Leonor María Barranco Pedraza: leonor@iscmc.cmw.sld.cu