

TRATAMIENTO ACUPUNTURAL V/S ESTEROIDES EN LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA DE BELL

Dra. Elvia Isabel Paz Latorre

Clínica de Medicina Natural y Tradicional. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un ensayo clínico sobre la efectividad del tratamiento acupuntural en 170 pacientes afectados de Parálisis Facial Periférica de Bell que acudieron a la clínica de Medicina Natural " Carlos J. Finlay " en el período comprendido entre enero y julio 1996. La muestra se divide en dos grupos: control y de estudio, con 85 pacientes cada uno. Los tratamientos empleados fueron esteroides para el grupo control y acupuntura para el grupo estudio con el objetivo de comparar los resultados de ambos, relacionar la recuperación motora con el tratamiento y la afección o no del gusto, así como conocer las complicaciones causadas por los tratamientos aplicados. Se concluye que la terapia acupuntural trae como resultado una recuperación motora más temprana, independientemente de la afección o no del gusto, el cual, guarda relación con el pronóstico. Las complicaciones son menos severas que el tratamiento con esteroides y la efectividad acupuntural es 15.96 % superior al tratamiento médico.

DeCS: ACUPUNTURA; ESTEROIDES; PARALISIS FACIAL PERIFERICA.

ABSTRACT

A clinical assay on acupuntural treatment effectiveness in 170 patients with Bell's peripheral facial paralysis was performed at the Natural and Traditional Medicine Clinic "Carlos J Finlay" from January to July 1996. This sample was assigned to two 85-patient groups a control group and a study group. Treatments consisted of steroids for the control group and acupuncture for the study group. Therapy results

from both groups were compared as to motor recovery, taste impairment if present, and complications due to either treatment. Findings indicate that an earlier motor recovery excluding taste impairment, which is related to prognosis, less severe complications, and a 15,96 % over-effectiveness were achieved by acupuntural therapy in comparison to steroids medical treatment.

INTRODUCCIÓN

La Parálisis Facial Periférica a Frigori o Parálisis de Bell fue descrita por primera vez por el médico inglés Charles Bell (1829) de cuyo apellido toma su nombre (1-4).

El nervio facial inerva todos los músculos correspondientes a la expresión del rostro y se relaciona fundamentalmente con el nervio auditivo (VIII par), el nervio intermediario de Wrisberg (VII par), la rama sensitiva del trigémino (V par) y la rama gustativa del glosofaríngeo (IX par); así, es un nervio motor mixto, lo que trae como consecuencia la presencia de un cuadro clínico florido y de gran complejidad al análisis en innumerables ocasiones (4-11) (Anexo I,II,III).

La parálisis facial periférica es un proceso detectado con relativa frecuencia en nuestro medio. Es una enfermedad aguda que ocurre a cualquier edad, aunque se observa generalmente en personas entre los 15 y los 45 años, casi siempre es unilateral con afectación parcial o total del nervio facial en sus porciones terminales, y puede recidivar en algunas ocasiones (12-19).

Una lesión inmediata proximal a las ramas del nervio puede ocasionar trastornos en la salivación, el sabor, el lagrimeo y también causar hiperacusia. De todo lo anteriormente expuesto existen pruebas que sirven como indicadores para realizar un buen diagnóstico y pronóstico de la enfermedad: la prueba de estimulación máxima (PEM), la Electroneurografía, la medida del flujo salival de la glándula submaxilar.

En el orden estrictamente clínico, los elementos de buen pronóstico más importantes son:

Lagrimeo abundante (ojo húmedo o lloroso)

Parálisis incompleta

Corto período de progresión e inicio inmediato de la recuperación

Tener menos de 40 años de edad.

Ausencia de trastornos del gusto (1).

No se trata de imponer sino de demostrar cuan efectiva es la acupuntura en relación con la medicina occidental, para de esta forma enriquecer el arsenal terapéutico del médico práctico con un método eficaz, y a la vez, infundirle todo el contenido humanístico de la vieja y siempre actual dialéctica china (20-28).

De acuerdo con el enfoque tradicional, la parálisis facial periférica se deriva de una obstrucción en la circulación de la energía y la sangre por los meridianos yang que se extienden por la región facial debido a la invasión de los factores patógenos exógenos de viento y frío, los que por sus características de atacar la parte superior, la necesidad de unirse a otros factores patógenos para agredir al organismo, la facilidad de deprimir el yang y la consiguiente capacidad de contraerse y causar estancamiento, provocan una desnutrición de los músculos faciales con la aparición de la enfermedad y su deficiencia motora fundamentalmente (20,22).

Existen secuelas anatómicas que quedan en algunos pacientes afectados por la parálisis facial periférica y que no guardan relación alguna con el tratamiento empleado, las más frecuentes son: las sincinesias, la flaccidez muscular, lágrimas de cocodrilo.

MÉTODOS

Se realizó un ensayo clínico terapéutico fase III aleatorizado, paralelo y abierto. Después de haber aplicado los criterios de inclusión, exclusión, la muestra quedó constituida por 170 pacientes de ambos sexos, con edades entre los 15 y los 55 años, remitidos por las consultas de Otorrinolaringología, Neurocirugía y Maxilofacial del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech" y la consulta de Medicina Natural y Tradicional del ISCM "Carlos J. Finlay" de Camagüey con el diagnóstico de Parálisis Facial Periférica de Bell durante el período comprendido de enero a julio de 1996.

La población objeto de estudio se dividió en dos grupos equilibrados denominados de estudio y control, integrado cada uno por 85 pacientes. Del total de la muestra del grupo control salieron cinco pacientes: dos abandonaron voluntariamente el tratamiento (dejaron de asistir sin previo aviso ni justificación), uno fue movilizad

en labores agrícolas, otro se trasladó de la provincia (aunque se le facilitó las indicaciones del tratamiento) y uno falleció en un accidente. En cuanto al grupo estudio, dos pacientes desistieron del tratamiento en su etapa inicial por temor a la acupuntura (abandono voluntario del tratamiento) y por esta razón se incluyeron en el análisis estadístico aunque evaluados de mal, dos se trasladaron de la provincia (se les facilitó el esquema de tratamiento para que lo continuaran en Ciudad de la Habana), y la última salió de la investigación por estar embarazada. Todos los pacientes mencionados, excepto los dos primeros del grupo estudio se excluyen del análisis estadístico dado que su salida no estuvo relacionada con la efectividad del tratamiento.

Se solicitó el consentimiento de los pacientes para participar en la investigación, de acuerdo con los requerimientos éticos del ensayo clínico y los objetivos trazados . Una vez obtenido dicho consentimiento, se les explicó qué tipo de tratamiento recibirían: un grupo, el tratamiento con acupuntural y el otro el tratamiento con esteroides.

El universo del estudio se formó con los pacientes con diagnóstico de Parálisis Facial Periférica de Bell según los criterios siguientes: Criterios de diagnóstico, criterios de inclusión, criterios de exclusión, criterios de salida y criterios de fracaso terapéutico

En el grupo control se aplicó el tratamiento con esteroides a 85 pacientes.

Dosificación Prednisolona : (Tableta de 5 mg)

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

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

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

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

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

Este esquema de tratamiento se deriva de la experiencia de la consulta de neurocirugía del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Manuel Ascunce Domenech" de Camagüey.

Un ciclo de esteroides duró 10 días y se repitió de acuerdo con la evolución del paciente. De existir estrés, se le indicó sedante : 1 tableta de diazepam (5mg) cada 6 horas.

En ambos grupos se indicó masaje suave con el pulpejo de los dedos y ejercicios de los músculos faciales para estimular la circulación sanguínea y evitar la atrofia (1-4) La recuperación motora se evaluó de la siguiente manera en ambos grupos:

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

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

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

RESULTADOS

La mayor cantidad de pacientes con parálisis facial periférica de Bell osciló entre las edades de 15 a 35 años.

En el primer tiempo de 1 a 20 días de tratamiento en el grupo de estudio obtuvimos un porcentaje mayor de pacientes evaluados de recuperación motora buena, no así en el grupo control donde se localizan después de los 20 días.

La pérdida del gusto desempeña un papel importante en la recuperación del paciente, independientemente del tratamiento utilizado.

Se obtuvo mayor número de complicaciones y reacciones adversas en el grupo de pacientes que recibió tratamiento con esteroides.

Se presenta el universo del trabajo y se comparan los dos grupos mediante el test de hipótesis de proporciones en relación con las edades. No se observaron diferencias significativas entre ambos grupos, o sea, la distribución es homogénea * $p < 0.05$. Igualmente se comporta la distribución según el sexo, de donde * * $p < 0.05$.

En los estudios realizados por los Drs. Zhan Y , Ren X y Glez Roig LG, se refleja una mayor frecuencia de la Parálisis Facial Periférica de Bell entre los 15 y los 45 años, con una disminución a partir de los 50 (18) (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución por edad y sexo en los grupos control y estudio

Edad	Grupo de Control						Grupo de Estudio					
	F	%	M	%	Total	%	F	%	M	%	Total	%
15 a 25 años	12	15	8	10	*20	25	14	17.07	10	12.19	*24	29.26
26 a 35 años	22	27.5	13	16.25	*35	43.75	20	24.39	10	12.19	*30	36.58
36 a 45 años	10	12.5	4	5.0	*14	17.50	11	13.41	7	8.53	*18	21.95
46 a 55 años	5	6.25	6	7.5	*11	13.75	8	9.75	2	2.43	*10	12.19
Total	**49	61.25	**31	38.75	80	100	**53	64.63	**29	35.36	82	100

Fuente : encuesta * $p > 0.05$

** $p > 0.05$

En la Tabla 2 se comparan los grupos control y estudio en relación con la recuperación motora. La mayor cantidad de pacientes con recuperación calificada de Buena en el primer tiempo de tratamiento (1 a 20 días) , es decir, 43 pacientes contra sólo 11 en el grupo control refleja una diferencia altamente significativa para $*p \leq 0.001$ ($p=8.820 \text{ E-}08$).

La situación es distinta en el grupo control donde el mayor número de pacientes con recuperación calificada de Buena se localiza después de los 20 días de tratamiento, o sea, 35 pacientes para una diferencia significativa de $**p \leq 0.001$ ($p = 8.520 \text{ E-}04$).

De forma general, el grado de recuperación considerada como Buena fue significativamente diferente entre los grupos control y estudio, $p = 9.625 \text{ E-}03$ $p \leq 0.01$. En el primero, hay 46 pacientes que representan un 57.5 %, mientras en el segundo hay 60 que representan el 73.17 %.

Lo anterior demuestra que el tratamiento acupuntural en la Parálisis Facial Periférica de Bell debe considerarse como terapia de elección y no alternativa, si se tiene en cuenta, además, que el Dr. Estrada González en su libro Temas de Neurología plantea que la recuperación total de esta enfermedad mediante el

tratamiento con esteroides es del 30 al 50 % si cumple la condición de ser incompleta, mientras sólo se recuperan entre el 20 y el 30 % si es completa, o sea, con la inclusión de los componentes vegetativos y sensitivos (especialmente los gustativos del nervio)

Tabla 2. Comportamiento del grado de recuperación motora de la Parálisis Facial Periférica de Bell en relación con el tiempo de tratamiento

Tiempo de Tratamiento	Grado de Recuperación							
	Grupo de Control				Grupo de Estudio			
	B	R	M	Total	B	R	M	Total
1 a 10 días	*4	-	-	4	*5	-	-	5
11 a 20 días	*7	-	-	7	*38	-	-	39
21 a 30 días	**26	3	1	30	**12	2	-	14
31 a 40 días	**9	8	22	39	**5	9	10	24
Total	46 (57.50%)	11 (13.75%)	23 (28.75%)	80	60 (73.17%)	12 (14.63%)	10 (12.19%)	82

Fuente: encuesta * $p \leq 0.001$

** $p \leq 0.001$

El resultado obtenido en el grupo control con pérdida del gusto coincide con lo planteado por el Dr. Estrada González y sus colaboradores, quienes enuncian que bajo esta condición existe una recuperación total del 20 y hasta del 30 % de los pacientes.

Ahora bien, en el grupo de estudio se obtuvo un 21.8 % de recuperación total, mayor que en el grupo control con respecto a los pacientes con afectación del gusto, lo cual fue altamente significativo, * $p \leq 0.001$ ($p = 0.034 \text{ E-}06$).

Por otra parte, independientemente de los resultados obtenidos en el grupo de pacientes sin pérdida del gusto tratados con esteroides, se obtuvo el 79.11 % de pacientes recuperados, resultado superior al planteado por Estrada en un valor promedio de 50 %. En el grupo con tratamiento acupuntural se obtuvo un 11 % de recuperación superior al anterior (** $p = 0.0682$), el cual, aunque no fue

significativo, sí demuestra una tendencia ascendente con respecto a la superioridad terapéutica del mismo (Tabla 3)

Tabla 3. Relación entre la pérdida del gusto y el grado de recuperación en ambos grupos

Recuperación Motora	Grupo Control					Grupo estudio				
	Pérdida del gusto	%	S- Pérdida del gusto	%	Total	Pérdida del gusto	%	S- Pérdida del gusto	%	Total
B	*8	25	**38	79,11	46	*15	46,8	**45	90	60
R	6	18.7	5	10.4	11	9	28.1	3	6	12
M	18	56	5	10.4	23	8	25	2	4	10
Total	32	40	48	60	80	32	39.1	50	60.9	82

Fuente: encuesta $P \leq 0.001$

** $P \leq 0.05$

De las complicaciones provocadas por los dos tratamientos utilizados en la investigación se registró una cantidad mayor en el tratamiento con esteroides (23 pacientes) en comparación con el tratamiento acupuntural (9 pacientes).

La aplicación del test de hipótesis de proporciones demuestra la existencia de una diferencia estadística entre el tipo de tratamiento utilizado y las complicaciones presentadas, $p = 1.913 \text{ E-}06$ ($p \leq 0.001$). Estos datos confirman los resultados del grupo de Burthson Goldberg, con diez años de experiencia, y de otros autores en el uso del tratamiento acupuntural en la Parálisis Facial Periférica de Bell (17, 18).

No cabe duda de la ventaja que representa un menor número de complicaciones estadísticamente significativas. Además, no sólo la menor cantidad influye en el riesgo beneficio, sino que de las nueve reacciones adversas del grupo estudio, ocho pueden considerarse de muy leves y sólo una de moderada y no hubo que sacar del estudio ningún caso, en contraposición al grupo control donde las 23 reacciones adversas se consideraron entre moderadas y severas y conllevaron a suspender el tratamiento a los pacientes (salida del estudio) y, por tanto, a un fracaso terapéutico (Tabla 4).

Tabla 4. Complicaciones en los dos tratamientos empleados

Complicaciones	Grupo Control Tto con Esteroides		Grupo estudio Tto con Acupuntura	
	N °	%	N °	%
1. Hipertensión arterial	5	15.63	-	-
2. Reacciones acneiformes	11	34.38	-	-
3. Trastornos digestivos	7	21.88	-	-
4. Hematomas	-	--	8	25.00
5. Crisis vagal	-	--	1	3.11
Total	23	71.89	9	28.11

Fuente: encuesta p < 0.001

CONCLUSIONES

1. El tratamiento acupuntural trae como resultado una recuperación motora más temprana que el tratamiento con esteroides, recuperación que fue estadísticamente significativa.
2. La acupuntura tuvo una efectividad de un 15.96 % superior al tratamiento médico con esteroides.
3. Independientemente de que la afección del gusto en el paciente se relaciona con el grado de recuperación, la acupuntura demostró su superioridad con respecto al tratamiento con esteroides.
4. La acupuntura presentó una cantidad inferior de complicaciones y de menor severidad que el grupo control.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estrada González R, Estrada Acosta R, García Tejera J, Luis González S, Molina Morejón H, Sardiñas Hernández N,. Temas de Neurología para el médico práctico. Ciudad de La Habana : Ed Científico Técnica; 1988 ;t 1 : 135-43
2. Raymond D, Adams M A, Maurice V. Principios de Neurología. Ciudad de La Habana :Ed. Científico Técnica, 1982 ;t 2 :498-503
3. Ramos Macías A, Lisner Contreras I. Parálisis facial recidivante. Conducta, diagnóstico y Terapéutica. Can Med 1992 ; 7(6) ;7-10

4. Braunwald E, Isselbacher K, Petersdor RG, Wilson JD, Martin JB, Fauci A, et al. Harrison. Principios de medicina Interna. 11 ed. México : Nueva Editorial Interamericana, 1989; t2, vol. 2 :2483-4
5. Conn Howard F. Terapéutica. Ciudad de La Habana : Ed Científico Técnica, 1982 :856-8
6. Conn Howard F. Terapéutica. Buenos Aires : Ed. Médica Panamericana, 1986 :874-
7. Shafer WG, Hine MK, Levy SM. Tratado de Patología Bucal .4 ed .México : Nueva Editorial Interamericana, 1993 :892-3
8. Stein H J, Daly Walter J, Easton JD, Jhunnton J, Kohler Po, Robert A, Rourke. O, et al. Medicina Interna. Ciudad de La Habana : Ed. Científico Técnica, 1987 ; t2, vol.2 : 2324.
9. Wyngaarden J B, Smith LH, Bennett C J, Allen RH, Alpers DH, Altman DF, et al. Cecil. Tratado de Medicina Interna. México : Nueva Editorial Interamericana, 1992 ; t 2 : 2619
10. Berkow R, Bondy Dc, Bondy PK, Feinstein AR, Fishman AP, Hoekelman RA, et al. El manual Merck de diagnóstico y terapéutica. 7 ed. México : Nueva Editorial Interamericana, 1986, 1267-8
11. Drillings G, Haline D, Hershman E. Lesiones más comunes en el Tenista. Tiempos med. 1995, (519) 21-2
12. Llanio Navarro R, Fernández Mirabal J, Pérez Carballás F, Fernández Sacasa JA, Pena Pereiro A, Rodríguez Rivera L, et al. Propedéutica Clínica y Fisiopatología. 2 ed. Ciudad de La Habana : Ed Pueblo y Educación, 1989 ; t 2 : 759-70
13. Munhoz MSL. Facial Paralysis. Acta AWHO 1992 ; 11(2) : 56-7
14. Testa JR, Fuskuda G. Facial paralysis peripheral ideopathic : incidence and prognosis factors. Acta AWHO 1993 ; 12(1) : 9.18.
15. Stamm A, Testa JR Treatment of facial paralysis. Ars Curandi 1991 ; 24 (6) : 23-34
16. Cuba. MINSAP. Guía Terapéutica. Buenos Aires: Ed Médica Panamericana, 1986 :874-6
17. Almeida MAM. Peripheral facial paralysis in Petrópolis Brazil. Arq. Neuropsiquiatr 1992 ; 50(1) : 60-4.
18. González Roig LG, Carmenaty Baglons I, Montoya Guilbert E . Acupuntura y Parálisis Facial Periférica. Rev. Cubana Med. 1994 ; 33(1) :22-8
19. Paparella M, Shumceck DA. Otorrinolaringología. La Habana : Ed Científico Técnica, 1983 ; t2 :1623-5

20. Junz Z, Jing Z, Tr. Fundamentos de acupuntura y Moxibustión de China. Beijing : Ed Lenguas Extranjeras, 1984 : 341
21. Carballo F. Acupuntura China . 4 ed. Buenos Aires : Ed Kier, 1986 :45,125.
22. Alvarez Díaz TA. Manual de Acupuntura. La Habana : Ed. Ciencias Médicas,1992 : 143,147- 56
23. Alvarez Díaz TA. Acupuntura Medicina Tradicional Asiática. La Habana : Ed Capitán San Luis, 1992 :25-6
24. Sussman DJ. Acupuntura : Teoría y práctica. 6 ed . Buenos Aires : Ed Kier, 1984 :14
25. Jayasuriya A. Acupuntura Clínica. Sri lanka. Ed Biblioteca Nueva □ sa□ :20,182-3
26. Cheng X. Chinesess. Acupuncture and Moxibution Beijing : Ed Foreign Language, 1987 :434-5
27. Pérez Carballás F. Manual de Acupuntura. Ciudad de La Habana : MINSAP, 1980 :121
28. Rigol O. Manual de Acupuntura y digitopuntura para el médico de la familia. Ciudad de La Habana : Ed Ciencias Médicas, 1992 :71

Recibido: 2 de julio de 1997

Aprobado: 13 de enero de 1997