

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA Y HOMEOPATÍA
SECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
ESPECIALIDAD EN ACUPUNTURA HUMANA

***“Tratamiento acupuntural de la parálisis de Bell utilizando dos puntos
distales: Shenmai (V62) y Houxi (ID3)”***

TESIS

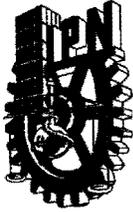
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD EN ACUPUNTURA HUMANA

PRESENTA:

OSCAR RODRIGO MENDIZABAL POLANCO

DIRECTORA: MED. ESP. MÓNICA LUZ GÓMEZ ESQUIVEL

MÉXICO, D.F. 2009



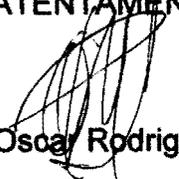
INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

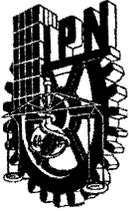
CARTA CESIÓN DE DERECHOS

En la Ciudad de México D.F el día 10 del mes de diciembre del año 2009, el (la) que suscribe Oscar Rodrigo Mendizabal Polanco, alumno (a) del Programa de Especialidad en Acupuntura Humana con número de registro A070447, adscrito a la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, manifiesta que es autor (a) intelectual del presente trabajo de Tesis bajo la dirección de la Dra. Mónica Luz Gómez Esquivel y cede los derechos del trabajo intitulado: "Tratamiento Acupuntural de la Parálisis de Bell Utilizando dos Puntos Distales: *Shenmai* (V62) y *Houxí* (ID3), al Instituto Politécnico Nacional para su difusión, con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficas o datos del trabajo sin el permiso expreso del autor y/o director del trabajo. Este puede ser obtenido escribiendo a la siguiente dirección: Prolongación Petén 903, Colonia Residencial Emperadores, CP 03320. México, D.F. Si el permiso se otorga, el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

ATENTAMENTE.


Oscar Rodrigo Mendizabal Polanco



INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

SIP-14

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la Ciudad de México, D.F. siendo las 13:00 horas del día 25 del mes de Noviembre del 2009 se reunieron los miembros de la Comisión Revisora de Tesis designada por el Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de ENMyH para examinar la tesis titulada:

“TRATAMIENTO ACUPUNTURAL DE LA PARÁLISIS DE BELL UTILIZANDO DOS PUNTOS DISTALES: SHENMAI (V62) Y HOUXI (ID3)”

Presentada por el alumno:

Mendizabal
 Apellido paterno

Polanco
 Apellido materno

Oscar Rodrigo
 Nombre(s)

Con registro:

A	0	7	0	4	4	7
---	---	---	---	---	---	---

aspirante de: LA ESPECIALIDAD EN ACUPUNTURA HUMANA

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS**, en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

LA COMISIÓN REVISORA

Director de tesis

Dra. Mónica Luz Gómez Esquivel

Dra. María Elena Ceballos Villegas

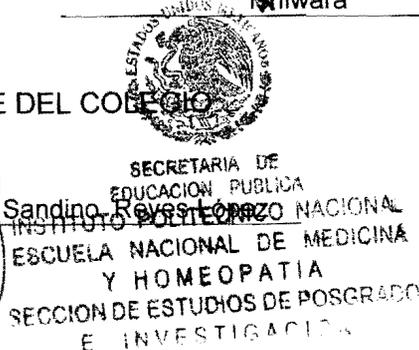
Dr. Juan Manuel Ordoñez Rodríguez

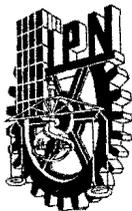
Dra. María Dolores Arriaga Camacho

D en C. David Guillermo Pérez Ishiwara

EL PRESIDENTE DEL COLEGIO

D en C. César Augusto Sandino Reyes López





INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
SECRETARIA DE INVESTIGACION Y POSGRADO

ACTA DE REGISTRO DE TEMA DE TESIS
Y DESIGNACIÓN DE DIRECTOR DE TESIS

México, D.F. a 30 De Mayo del 2009

El Colegio de Profesores de Estudios de Posgrado e Investigación de La E.N.M y H en su sesión Ordinaria No. 1 celebrada el día 27 del mes de Mayo conoció la solicitud presentada por el(la) alumno(a):

Mendizabal Polanco Oscar Rodrigo
Apellido paterno materno nombre

Con registro:

A 0 7 0 4 4 7

Aspirante de:

1.- Se designa al aspirante el tema de tesis titulado:

Tratamiento acupuntural de la parálisis de Bell utilizando dos puntos distales: Shenmai (V62) y Houxi (ID3)

De manera general el tema abarcará los siguientes aspectos:

Evaluar el efecto de la acupuntura utilizando el canal extraordinario yang qiao en la evolución de las fases aguda y subaguda de la parálisis de Bell, de acuerdo a la escala de House-Brackmann.

2.- Se designa como Director de Tesis al C. Profesor:

Mónica Luz Gómez Esquivel

3.- El trabajo de investigación base para el desarrollo de la tesis será elaborado por el alumno en:

La Clínica de la ENMyH

que cuenta con los recursos e infraestructura necesarios.

4.- El interesado deberá asistir a los seminarios desarrollados en el área de adscripción del trabajo desde la fecha en que se suscribe la presente hasta la aceptación de la tesis por la Comisión Revisora correspondiente:

El Director de Tesis

Mónica Luz Gómez Esquivel

El Aspirante

Oscar Rodrigo Mendizabal Polanco

El Presidente del Colegio



SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

INSTITUTO POLITÉCNICO NACIONAL
Dr. Guillermo Pérez Ishiwara
ESCUELA NACIONAL DE MEDICINA Y HOMEOPATIA
SECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por su apoyo incondicional.

A mi hermana, por los momentos difíciles que vivimos y superamos juntos.

A mis maestros, por enseñarme tanto.

INDICE	PAG
Agradecimientos	
Resumen	I
Abstract	I
Glosario	i
Introducción	iii
Marco Teórico Occidental	
Parálisis facial	1
Fisiopatología del daño nervioso.....	1
Clasificación	3
Epidemiología	3
Etiología	4
Parálisis de Bell.....	6
Definición	6
Antecedentes históricos	6
Epidemiología	6
Etiología	7
Fisiopatología.....	7
Cuadro clínico	8
Auxiliares diagnósticos.....	8
Diagnóstico	9
Estadificación y valoración de la recuperación.....	11
Tratamiento	11
Rehabilitación.....	13
Prevención	13
Marco Teórico Oriental	
Parálisis Facial	14
Introducción.....	14
Definición	14
Etiología	15
Fisiopatología.....	17
Síndromes.....	17
Principio de tratamiento	18

Tratamiento	18
Prevención	19
Rehabilitación.....	19
Métodos complementarios de tratamiento	19
Canales extraordinarios	20
Funciones de los canales extraordinarios	20
Dinámica energética	25
Aplicaciones clínicas	26
<i>Yang qiaomai</i>	27
Puntos a utilizar.....	30
Antecedentes	34
Planteamiento del problema.....	34
Justificación.....	34
Objetivos	35
Hipótesis	35
Material y método.....	35
Resultados	38
Análisis de resultados	41
Conclusiones.....	45
Recomendaciones para trabajos futuros.....	45
Referencias bibliográficas	46

RELACIÓN DE FIGURAS, TABLAS Y GRÁFICAS

FIGURAS

Figura 1. Grados de lesión nerviosa según Sunderland	2
Figura 2. Anatomía del nervio facial.....	6
Figura 3. Los Canales Extraordinarios como reservorios de <i>Qi</i>	21
Figura 4. Recorrido del canal <i>Yangqiaomai</i>	27
Figura 5. Localización de <i>Shenmai</i> (V62)	30
Figura 6. Localización de <i>Houxi</i> (ID3)	32

TABLAS

Tabla 1. Etiología de la parálisis facial	5
Tabla 2. Polineuropatía en la parálisis de Bell	10
Tabla 3. Escala de House-Brackmann.....	12
Tabla 5. Resultados	39

GRÁFICAS

Gráfica 1. Grado de parálisis inicial y final de primer semana.....	40
Gráfica 2. Grado inicial y final de parálisis	40
Gráfica 3. Distribución por sexo	41
Gráfica 4. Lateralidad de la parálisis facial.....	42
Gráfica 5. Porcentaje de lateralidad en mujeres	42
Gráfica 6. Porcentaje de lateralidad en hombres	43
Gráfica 7. Tiempo de evolución.....	43
Gráfica 8. Distribución por edades	44
Gráfica 9. Grado inicial de parálisis facial	44

RESUMEN

Autores: Oscar Rodrigo Mendizabal Polanco, **Directora:** Med. Esp. Mónica Luz Gómez Esquivel.

Palabras clave: Parálisis de Bell, acupuntura, *yangqiaomai*.

La parálisis de Bell es una enfermedad de etiología desconocida, que se encuentra en la práctica acupuntural con frecuencia. Los tratamientos médicos convencionales de la actualidad no modifican la evolución natural de la enfermedad y están enfocados a la prevención de secuelas permanentes. De acuerdo a la medicina tradicional china, se trata de una invasión de viento-frío a los canales de la cara. En el presente trabajo se estudió el efecto del canal extraordinario *yangqiaomai* por su capacidad de dispersar excesos de la región superior del cuerpo. Se utilizaron únicamente los puntos de apertura y cierre de éste canal en pacientes con evolución aguda y subaguda. Los resultados fueron alentadores, ya que se logró la recuperación total en la función del cierre palpebral en todos de los casos. También se observó que en pacientes con evolución menor o igual a diez días, se logró la recuperación total de la parálisis facial en nueve o menos sesiones. Se concluye que la utilización de éstos puntos debe de ser incorporada al tratamiento acupuntural de ésta patología.

ABSTRACT

Authors: Oscar Rodrigo Mendizabal Polanco, **Directora:** Med. Esp. Mónica Luz Gómez Esquivel.

Key words: Bell's palsy, acupuncture, *yangqiaomai*.

Bell's palsy is a disease of unknown etiology, frequently encountered in acupuncture practice. Conventional medical treatments are focused on the prevention of permanent disability. According to traditional chinese medicine, it is a disease caused by the invasion of wind-cold to the face channels. The present work studied the effect of the extraordinary channel *yangqiaomai* due to its ability to disperse excess from

the upper part of the body. The opening and closing points of this channel were used in the present work, in patients presenting with acute or subacute facial palsy. Results were encouraging because full recovery of palpebral closure was achieved in all the patients. It was also observed that in patients presenting with an evolution equal or less of ten days, full recovery was achieved in nine or less sessions. We conclude that the use of this points should be incorporated in the acupunctural management of this disease.

GLOSARIO

Acupuntura: método clínico terapéutico no medicamentoso que consiste en la introducción de agujas metálicas en puntos de acupuntura con fines terapéuticos, aplicada según los fundamentos básicos de la MTCH.

Canal de acupuntura: pasajes o vías distribuidas por todo el cuerpo por donde circulan sangre y energía.

Canales extraordinarios: canales de acupuntura que no conectan con algún órgano o víscera, no poseen puntos propios y complementan el sistema de canales regulares.

Couli: espacio localizado entre la piel y los músculos por donde circula la energía wei de protección externa.

Cun: unidad de medida corporal utilizado en la práctica acupuntural, que varía de un individuo a otro y según la región corporal y constitución física.

Du mai: canal extraordinario que se distribuye en la línea media posterior de la espalda, cabeza y rodea esta llegando hasta el frenillo del labio superior. Tiene la función de gobernar el yang de todo el cuerpo.

Energía wei: energía que protege al cuerpo de la invasión de patógenos exógenos.

Energía zheng: energía que es la suma de las distintas energías del cuerpo.

Jingluo: Sistema de canales y colaterales de acupuntura.

Qi: Energía vital

Yang qiao mai: canal extraordinario que se distribuye de manera bilateral en la parte lateral del cuerpo y tiene la función de integrar a los 6 canales yang regulares.

Yin y Yang: son fuerzas opuestas, o sea también una forma dual de pensar, pero son complementarias, y a su vez dependientes el uno del otro. Son los opuestos que juntos forman una unidad, uno depende del otro y son realidad sólo en unión con su opuesto. El radical de Yin representa la parte sombría de una montaña y el radical de Yang indica la parte soleada de ella, por lo que se puede extender su sentido a oscuridad y luz, luminoso y sombreado, sol y luna, positivo y negativo.

INTRODUCCIÓN

La parálisis facial es una patología que el médico acupunturista enfrenta con relativa frecuencia, y en ocasiones es un verdadero reto el tratamiento de los pacientes con esta enfermedad, ya que generalmente acuden después de haber intentado los tratamientos convencionales sin haber obtenido resultados satisfactorios, y muchos de ellos esperan de la acupuntura un remedio milagroso.

La parálisis facial aguda vista desde el enfoque de la medicina tradicional china, consiste en una invasión de patógenos exógenos a los canales y colaterales de la cara y dentro del sistema de los ocho principios, se considera una patología de exceso.

En este trabajo se estudia el efecto del canal extraordinario *Yangqiaomai* utilizando los puntos de apertura y cierre de este canal para el tratamiento de esta patología, ya que, de acuerdo a la teoría de los canales extraordinarios, este canal tiene la capacidad de dispersar excesos en la región superior del cuerpo.

En primer lugar se exponen las bases anatómicas, embriológicas y fisiológicas del nervio facial para comprender de manera más clara la sintomatología que se presenta en la parálisis facial periférica. Posteriormente se presenta una revisión de la etiología, fisiopatología, tratamiento y rehabilitación que existen en la actualidad.

Dentro del marco de la medicina tradicional china se exponen detalladamente la etiología y los factores patógenos presentes en esta entidad y se presenta una breve reseña de los canales extraordinarios, haciendo una descripción más detallada del canal y los puntos de acupuntura con los que se trabajó en esta investigación.

PARÁLISIS FACIAL (1, 2, 3)

FISIOPATOLOGÍA DEL DAÑO NERVIOSO

Consideraciones anatómicas

El tronco del nervio facial consta de unas 10 mil fibras nerviosas, de las cuales aproximadamente el 70% son fibras motoras mielinizadas. La envoltura del nervio facial tiene varias capas; el endoneurio, muy adherente a la capa de células de Schwann, que rodea a cada fibra nerviosa; el perineurio, que es el nivel intermedio que rodea grupos de fascículos, provee de fuerza tensil al nervio y se cree que es la principal barrera en contra de la propagación de infecciones; la capa más externa, el epineurio, contiene la *vasa nervorum*, que son los responsables del aporte sanguíneo al nervio.

Clasificación del daño nervioso

De manera clásica, el daño nervioso se dividía en: neuropraxia, axonomnesis y neuromnesis.

La primera consiste en el bloqueo de conducción nerviosa sin lesión a las capas perineurales con una recuperación de la conducción completa y sin secuelas.

La segunda incluye lesión de fibras individuales, con lesión en el axón por bloqueo en el axoplasma y requiere de varios días para presentarse. La lesión es reversible y la regeneración puede quedar con o sin secuelas (sinquinesias).

La tercera es una lesión a los fascículos y al epineurio, con la muerte del tronco nervioso por una presión excesiva o por corte. Aquí se presenta la llamada degeneración Walleriana, en la que los axones del segmento distal pierden axoplasma y viven hasta tres días y presentan excitabilidad eléctrica, pero sin impulsos de conducción. Esta lesión es irreversible y hay secuelas permanentes.

Una clasificación clínico-patológica que toma en cuenta las estructuras lesionadas es la clasificación de Sunderland, quien propone cinco grados de lesión y es de utilidad para entender las pruebas electrofisiológicas, sin embargo vale la pena mencionar que en una parálisis facial pueden coexistir varios grados de lesión en diferentes troncos (Figura 1).

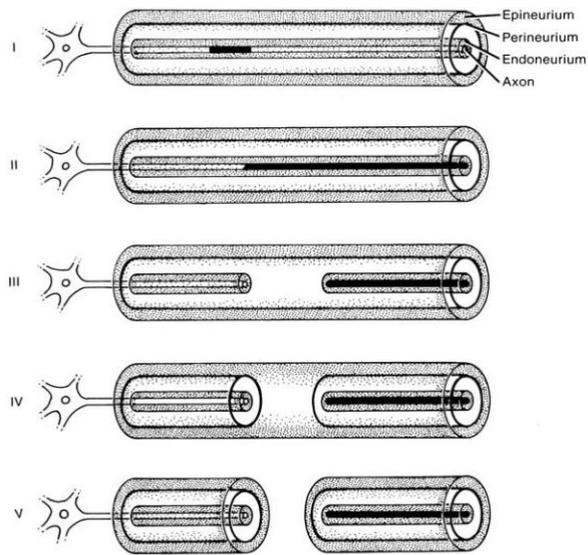


FIGURA 1. GRADOS DE LESIÓN NERVIOSA SEGÚN SUNDERLAND.¹

Grado I: Bloqueo de conducción o neuropraxia, no hay pérdida de la continuidad axonal y el tejido conectivo está intacto. Al desaparecer la presión, la conducción se restablece. Un ejemplo claro es la “pierna dormida”.

Grado II: lesión más severa ocasionada ya sea por presión o inflamación local, puede ocurrir degeneración Walleriana. El axón degenera en la porción distal a la placa motora y proximal al primer nodo de Ranvier adyacente. El tejido conectivo aún es viable aunque no hay conducción nerviosa. Esta es la axonomnesis y la regeneración es posible.

Grado III: Esta se presenta cuando hay lesión al tejido conectivo del nervio, cuando la presión cede, el nervio puede regenerarse pero por vías distintas, lo que puede dar como resultado una recuperación incompleta o la presencia de movimientos musculares involuntarios o sinquinesias. A partir de este grado se considera una neuromnesis.

Grado IV: La lesión al perineurio implica un grado más severo de daño y el potencial para una regeneración incompleta y/o aberrante es mayor. La cicatrización intraneural previene que los axones lleguen al músculo.

Grado V: Una sección completa del nervio a través de todas sus fibras. La recuperación se hace imposible a menos que los extremos sean aproximados.

CLASIFICACIÓN

Una manera general y práctica para clasificar a la parálisis facial en pacientes vistos por primera vez en la consulta externa, que sirve como base para la historia y nos da una orientación hacia el diagnóstico, es la siguiente ⁴.

1. Por su presentación: súbita, insidiosa.
2. Por su distribución: unilateral, bilateral.
3. Por su topografía: completa, incompleta.
4. Por su evolución: aguda, subaguda, crónica.
5. Signos y síntomas acompañantes: si, no.

Con estos parámetros podemos tener una orientación hacia la etiología y localización de la lesión. Por ejemplo, una de presentación súbita, unilateral, incompleta y no progresiva, apunta a una parálisis de Bell, en cambio una súbita, bilateral, incompleta, no progresiva con síntomas acompañantes de tipo neurológico, nos orienta a una patología de tallo cerebral y amerita una investigación más exhaustiva.

Clásicamente la parálisis facial se ha dividido en central y periférica y dos datos importantes para determinar esto, son la presencia o ausencia del signo o fenómeno de Bell (imposibilidad para el cierre ocular en el lado afectado acompañado de desviación hacia arriba del ojo ipsilateral) y la falta de movilidad del músculo frontal, cuando se presentan estos dos signos, se piensa en una parálisis de origen periférico, sin ser esto necesariamente una regla, ya que una lesión a nivel de la parótida puede respetar la musculatura frontal.

EPIDEMIOLOGÍA ³

La incidencia anual de la parálisis facial se encuentra en el rango de 20 a 30 casos por cada 100 mil habitantes a nivel mundial. La mayor prevalencia se encuentra en personas mayores de 60 años y menores de 13 años. Se presenta de igual manera en hombres y mujeres, sin embargo se nota una prevalencia mayor en mujeres menores de 20 años y en hombres mayores de 40 años. Ambos lados se afectan de manera similar. El 30% de los pacientes presenta una parálisis

incompleta en el momento de la presentación y el 70% lo hace de manera completa. La parálisis ocurre en forma bilateral en un 0.3% de los pacientes y en el 9% existe una historia familiar positiva de parálisis facial.

En cuanto a la época del año, se tiene la creencia de que en los meses de invierno es más común, sin embargo, esto no estaba basado en datos estadísticos. En el año 2006, se publicó un estudio que demostró que los meses con mayor incidencia de esta enfermedad eran los de invierno, siendo enero el mes con el mayor número de casos y julio el mes con el menor número ⁵.

ETIOLOGÍA ⁷⁻¹¹

En lo que respecta a la etiología de la parálisis facial, se pueden listar muchísimas causas, las más comunes se presentan en la tabla 1.

Dentro de las etiologías menos comunes, encontramos que la esclerosis múltiple puede tener su primera manifestación como parálisis facial unilateral aguda, con una recuperación total, siendo importante investigar esta etiología en pacientes que se encuentran en un rango de edad entre los 20 y 40 años, ya que, como se mencionó previamente, la edad más frecuente para presentar una parálisis facial idiopática se encuentra por abajo y por arriba de este rango de edad.

Otra posible y rara causa de parálisis facial, es la leucemia aguda en niños¹², esto se menciona únicamente para hacer énfasis la importancia de una buena historia clínica y exploración física completa en todo paciente que se presente a consulta por algo que parece tan simple.

También existen reportes de parálisis facial secundaria a cirugía de tercer molar inferior impactado, ocasionada por inflamación local y una lesión nerviosa grado I de Sunderland, esta no requiere ningún tratamiento ¹³.

Otro reporte menciona la aparición de un cuadro similar posterior a vacunación contra el virus de la influenza ⁷.

TABLA 1. ETIOLOGÍA DE LA PÁRALISIS FACIAL ²

Parálisis aguda	Parálisis crónica o progresiva
Polineuritis	Tumores malignos
Parálisis de Bell (parálisis facial periférica idiopática aguda)	Neoplasia parotídea primaria
Herpes zoster	Tumores metastásicos
Síndrome de Guillan-Barré	Tumores benignos
Enfermedades autoinmunes	Glomus yugular
Enfermedad de Lyme	Colesteatoma
VIH	Schwanomas
Enfermedad de Kawasaki	
Trauma	
Fractura de hueso temporal	
Barotrauma	
Trauma obstétrico	
Otitis media	
Bacterial aguda	
Bacterial crónica	
Colesteatomatos a	
Sarcoidosis	
Síndrome de Melkersson-Rosenthal	
Padecimientos neurológicos	
Enfermedad Cerebrovascular — central o periférica	

PÁRALISIS DE BELL

DEFINICIÓN

Se llama parálisis de Bell a la parálisis o paresia aguda, unilateral de la musculatura de la cara, consistente con un patrón de lesión nerviosa periférica, sin una causa detectable ¹⁴. También se conoce como parálisis facial unilateral idiopática aguda.

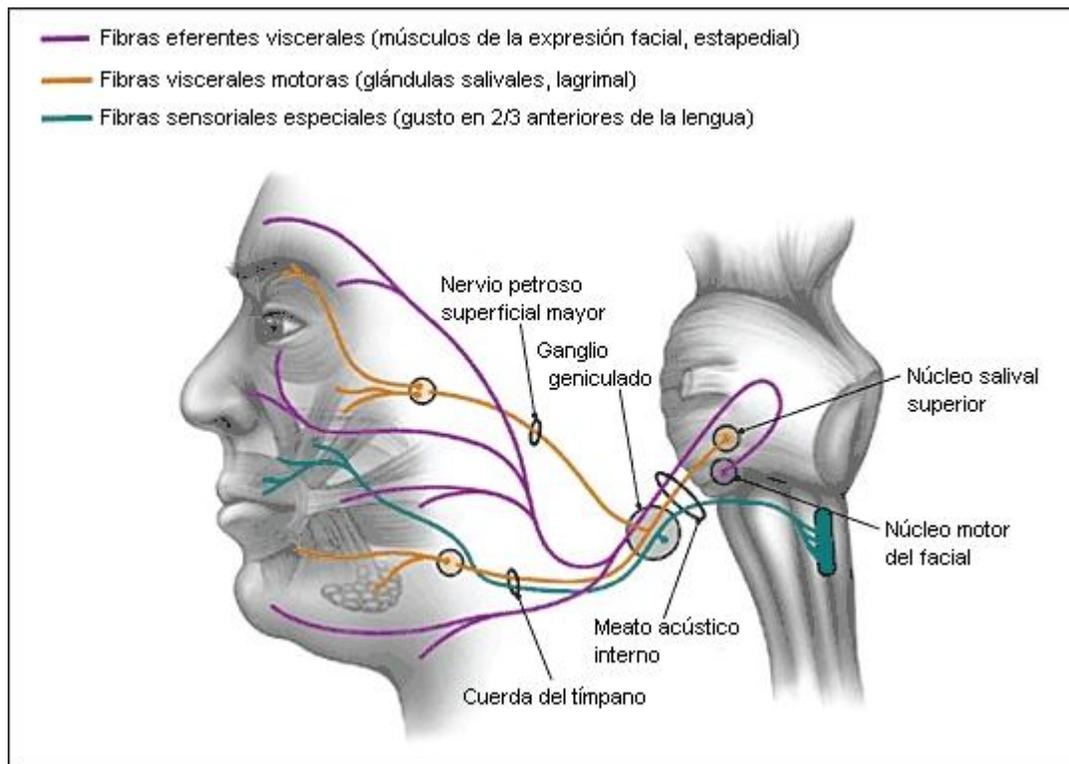


Figura 2. Anatomía del Nervio Facial ³

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Fue descrita por primera vez en una publicación oficial por Sir Charles Bell, en el año de 1861. Actualmente se ha encontrado evidencia de esta patología desde antes de la descripción de Sir Charles Bell ³.

EPIDEMIOLOGÍA

En México, la incidencia en el año de 2005 fue de 471 casos de un total de 42940

074 consultas registradas. La distribución entre hombres y mujeres no se reporta, en cuanto a los grupos etáreos, el más afectado fue el de 1 a 4 años con un total de 170 casos, seguido del de 10 a 14 años con 156, 130 para el grupo de 5 a 9 años y finalmente 13 casos en menores de un año. Es curioso que en mayores de 14 años no haya un solo caso reportado. En cuanto al mes con mayor número de casos reportados, encontramos que en el mes de agosto se reportaron 52 casos, seguidos de los meses de julio, abril, septiembre, junio, mayo, octubre, noviembre, febrero, enero, marzo y diciembre con 48, 48, 46, 42, 41, 39, 35, 35, 33, 29 y 23 casos respectivamente ⁶.

ETIOLOGÍA ^{2, 3, 11, 14, 15, 16}

Como su nombre lo indica, en la inmensa mayoría de los casos (90%), en una parálisis facial de aparición súbita, unilateral, no progresiva, no se puede identificar una causa. A pesar de este porcentaje, numerosos estudios han sido dedicados a encontrar una causa, principalmente viral, para este padecimiento, siendo el agente causal más buscado el virus herpes simple 1. Desafortunadamente casi la totalidad de las series solo reportan una serología positiva para este virus en el 6-10% de los pacientes. Otros virus que se han implicado en la etiología de esta enfermedad son en su mayoría de la familia *Herpesviridae* (varicela, Epstein-Barr), por lo que muchos autores han recomendado la utilización de aciclovir en el manejo de la parálisis de Bell. También se ha encontrado adenovirus, paramixovirus (parotiditis) y togavirus (rubéola).

Otros mecanismos propuestos, aunque menos aceptados, son la isquemia nerviosa secundaria a daño endotelial de la *vasa nervorum* y un mecanismo autoinmune, que tendría como consecuencia la desmielinización del tronco nervioso, mecanismo similar al de la esclerosis múltiple. Sin embargo en la actualidad sigue considerándose de etiología desconocida.

FISIOPATOLOGÍA ^{2, 3}

Sea cual fuere la causa, el mecanismo de lesión es el mismo: compresión del tronco nervioso en el canal de Falopio con el consecuente daño nervioso de distintos grados (Fig. 12). La recuperación funcional va a depender del grado de

lesión nerviosa y no de la localización de la lesión, como sugieren algunos autores sin embargo, si la inflamación ocurre en el segmento laberíntico, por ser el sitio más estrecho, el riesgo de un grado mayor de lesión se incrementa ¹⁷. Con esto podemos definir de una manera mas clara lo que es una parálisis de Bell, ya que cualquier afección al nervio facial que no se encuentre en el canal de Falopio, necesariamente se clasifica de otra forma. Cabe aclarar que la lesión producida por una sección nerviosa en este canal, secundaria a una fractura o procedimiento quirúrgico, tampoco puede llamarse de esta forma.

Dentro de los mecanismos fisiopatológicos se ha intentado establecer una relación con los tipos de linfocitos implicados en el proceso inflamatorio ¹⁸, así como las citocinas implicadas ¹⁹. Se ha observado una cantidad menor de linfocitos T CD4+ y de linfocitos B CD19+ que en pacientes sanos, sin embargo, el número total no es un factor pronostico para la recuperación. También se observan concentraciones más elevadas de IL-6, IL-8 y TNF-alfa en estos pacientes, sin embargo estos niveles tampoco se pueden correlacionar con un pronóstico de recuperación.

CUADRO CLÍNICO ^{2, 3, 20}

La mayoría de los pacientes se percatará de la alteración por la mañana, al intentar cepillarse los dientes o al mirarse al espejo, se encuentra una desviación de la comisura labial hacia el lado sano, borramiento del surco nasogeniano del lado enfermo, imposibilidad para el cierre ocular en el lado afectado y falta de movilidad del músculo frontal del lado enfermo. A esto se puede agregar disgeusia, hiperacusia, xerostomía y dolor retroauricular en el lado afectado.

AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

En la actualidad no se recomienda ningún estudio de laboratorio de manera rutinaria. En caso de pacientes con patología agregada, dependiendo de la misma, se debe de realizar la batería de estudios pertinente, para poder descartar otra causa de parálisis facial ^{2, 3}.

Los estudios de imagen tampoco se recomiendan para esta patología. Algunos autores sugieren la audiometría con impedanciometría como parte de la

evaluación de rutina, pero esto no ha probado tener ningún beneficio y en la actualidad no se recomienda. La serología para algún virus no se recomienda ya que no debe de modificar el tratamiento. Algunos autores sugieren la búsqueda de anticuerpos para detectar enfermedad de Lyme, pero esto sólo en áreas endémicas. Las pruebas electrofisiológicas aunque se piensa que puedan tener un valor pronóstico, aun permanecen como herramientas de investigación y tampoco se deben de solicitar de manera rutinaria ²¹.

DIAGNÓSTICO

Como se mencionó en párrafos anteriores, el diagnóstico de parálisis facial periférica idiopática aguda o parálisis de Bell, requiere cumplir ciertos criterios. De manera clásica se requería cumplir con lo siguiente: 1) inicio súbito, 2) paresia o parálisis de todos los grupos musculares de un sólo lado de la cara, 3) ausencia de signos neurológicos centrales y 4) ausencia de patología ótica y del ángulo pontocerebeloso. En la actualidad se continúa con esta línea de pensamiento aunque se es más flexible en el apartado 3), ya que se ha visto que la parálisis de Bell puede ser parte de una polineuropatía ²².

De tal suerte que, para realizar un diagnóstico de parálisis de Bell se requiere únicamente que tenga un inicio súbito, ser unilateral, no ser progresiva, no haber antecedentes de trauma y tener una otoscopia normal. La presencia o ausencia de otros datos neurológicos, como son la disgeusia, y la hipoestesia periauricular, dependerá del sitio de la lesión en el recorrido dentro del hueso temporal del nervio facial.

Dentro de las alteraciones neurológicas concomitantes que pueden presentarse con la parálisis de Bell encontramos que lo más común son las alteraciones sensitivas en las regiones del trigémino y del glossofaríngeo (Tabla 2).

Vale la pena mencionar que la disgeusia, la hiperacusia y la disminución del lagrimeo, a pesar de ser alteraciones del nervio mediano, se consideran parte de la parálisis del nervio facial y se incluyen en los síntomas de la parálisis de Bell que anteriormente se utilizaban como pronóstico de la evolución, actualmente se utilizan en pruebas de topodiagnóstico, como auxiliar para determinar la topografía de la lesión nerviosa, aunque resulta poco práctico en la clínica.

TABLA 2. POLINEUROPATÍA EN LA PARÁLISIS DE BELL ²

Síntoma	Porcentaje de Incidencia
Hipostesia o disestesia del nervio glossofaríngeo o trigémino	80
Hipoestesia de C2	20
Debilidad motora del vago	20
Debilidad motora del trigémino	3
Dolor facial o retroauricular	60
Disgeusia	57
Hiperacusia	30
Disminución de lagrimeo	17

La paresia o parálisis se presenta de manera súbita y puede llegar a empeorar en las 48 horas posteriores al inicio. La mayoría de los pacientes no refiere ninguna sintomatología previa, sin embargo hay quienes pueden referir un cuadro de vías aéreas superiores aproximadamente 7 días previos al inicio de la sintomatología parésica. También se reportan datos de plenitud aural, otalgia y dolor facial o retroauricular previos al inicio de la sintomatología.

Los síntomas más frecuentes al momento de la valoración del paciente, son la hiperacusia, la xeroftalmia y la disgeusia.

La parálisis de Bell es una lesión de neurona motora inferior, por lo que en la exploración hallaremos datos de flacidez en los músculos de la expresión facial, con ptosis de la ceja y ángulo de la boca del lado afectado. El dato de mayor valor es el signo de Bell positivo, que se presenta al pedir al paciente que cierre los ojos, en el lado afectado no se consigue y se produce una versión cefálica del ojo afectado.

Se debe de realizar un examen minucioso de todos los pares craneales, así como pruebas de función cerebelosa. La exploración otológica debe de incluir una neumatoscopia así como pruebas de diapasones. También se debe de poner especial atención a la exploración de cuello y de la región parotídea ²³.

ESTADIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE LA RECUPERACIÓN

Para la estadificación y valoración de la recuperación, se utiliza la escala de House-Brackmann modificada, la cual evalúa el grado de movilidad en frente, boca y ojo, además del aspecto entre ambos lados de la cara (Tabla 3). Esta escala ha sido probada en numerosos estudios, y se ha concluido que de todos los sistemas de evaluación facial, es el más confiable por su reproductibilidad^{2,3}.

Se habla de una parálisis completa cuando hay un grado V o VI, y una recuperación adecuada se consigue llevando a los pacientes idealmente al grado I. Anteriormente se recomendaba que los pacientes con parálisis completas a las 96 horas del inicio, fueran sometidos a estudios de electrofisiología para valorar una descompresión quirúrgica del nervio, sin embargo, en la actualidad sólo se recomienda la cirugía a pacientes que no recuperaron movilidad después de 12 meses de terapia de rehabilitación y se debe de realizar un procedimiento de reanimación facial².

TRATAMIENTO

Este es uno de los temas más debatidos en esta patología, desgraciadamente al no existir una etiología definida, no se puede proponer un manejo que pueda considerarse el estándar de oro.

Existen numerosos reportes que favorecen el tratamiento temprano con prednisona²⁴, otros mencionan el manejo con un agente antiviral del tipo del aciclovir añadido a la prednisona²⁵. Otros más sugieren la observación y no dar ningún tipo de medicamento^{2, 26, 27}.

Lo único en lo que todos coinciden, es en que el 85% de los pacientes, presentarán una recuperación total a las 3 semanas, el 15% restante tendrá algún grado de recuperación a los 6 meses de haberse presentado el cuadro con tratamiento o sin este^{2, 3, 14}. El porcentaje de pacientes que sin recibir tratamiento no presentara secuelas es del 71%, con secuelas mínimas (grado II de House-Brackmann) un 12%, con secuelas moderadas (grado III de House-Brackmann) el 13% y finalmente con secuelas severas solo un 4%. A pesar de este porcentaje tan bajo, es necesario un tratamiento efectivo, ya que el impacto psicológico en los pacientes es muy alto.

TABLA 3. ESCALA DE HOUSE-BRACKMANN ³

Grado	Descripción	Características
I	Normal	Función normal en todas las áreas
II	Leve	<p>Apariencia: debilidad leve apreciable en la inspección minuciosa, puede haber mínimas sinquinesias. En reposo tono y simetría normales.</p> <p>Motor: frente con función normal a moderada, ojos con cierre completo sin esfuerzo, boca con asimetría leve.</p>
III	Moderada	<p>Apariencia: evidente diferencia entre ambos lados pero no desfigura. Sinquinesias notables pero leves, contractura o espasmo hemifacial. En reposo tono y simetría normales.</p> <p>Motor: frente con función leve a moderada, ojos con cierre completo con máximo esfuerzo, boca con debilidad leve con el máximo esfuerzo.</p>
IV	Moderadamente severa	<p>Apariencia: debilidad y asimetría desfigurante evidentes. En reposo simetría y tono normal.</p> <p>Motor: frente sin movilidad, ojos con cierre incompleto, boca con asimetría al máximo esfuerzo.</p>
V	Severa	<p>Apariencia: movimientos casi imperceptibles, asimetría en reposo.</p> <p>Motor: frente sin movilidad, ojos con cierre incompleto, boca con movimiento leve.</p>
VI	Parálisis Total	Asimetría desfigurante en reposo, sin movimientos perceptibles

Desafortunadamente no hay ningún tratamiento establecido, pero la recomendación más reciente sugiere la administración de prednisona a dosis de 60 a 80 mg al día (1 mg/Kg/día) durante 7 días sin esquema de reducción en

pacientes que se presentan en las primeras dos semanas desde la aparición de los síntomas ¹⁴.

REHABILITACIÓN

Para aquellos pacientes que se presentan posterior a 3 semanas de la aparición de los síntomas, que no han presentado mejoría y que se descarte alguna otra etiología de la parálisis, se recomienda enseñarlos a realizar ejercicios de rehabilitación, que consisten en la movilización de los músculos orbicular de los párpados y de los labios principalmente, realizando esto frente a un espejo, de forma diaria por lo menos dos veces al día. Los resultados de este manejo han sido prometedores, aunque la muestra ha sido pequeña ^{28, 29}.

PREVENCIÓN

Ya que esta patología no tiene una causa definida, la prevención, en términos de medicina alopática, es prácticamente imposible. Al continuar con el desarrollo del tema de acuerdo a la medicina china, se hablará un poco acerca de la profilaxis de acuerdo a este marco teórico.

MARCO TEÓRICO ORIENTAL

PARÁLISIS FACIAL

INTRODUCCIÓN

Para iniciar el tema, se hablará de la parálisis facial de acuerdo a los textos de medicina china en el contexto tradicional, posteriormente se presenta el marco teórico que sustenta este protocolo de investigación iniciando con las bases teóricas de los canales extraordinarios, profundizando en el canal *yang qiao*, puesto que es el que se trabajó en este protocolo. Finalmente se presenta una descripción de los puntos *Shenmai* (V62) y *Houxi* (ID3), con los que se realizó el tratamiento.

La parálisis facial se conoce en la medicina tradicional china como: *kouwo*, *koupi*, *kouyanwaixie* (boca y ojos desviados), *miantan* (parálisis de la cara), y *diaoxianfeng*, *waikoufeng* o *fengkouwo* (desviación de la boca ocasionada por el patógeno viento)³⁰.

DEFINICIÓN

Se define como el estancamiento de *qi* y *xue* de canales y/o colaterales de la cara, principalmente el sistema *Yangming*, por la invasión de las energías patógenas viento y frío^{30,31}. Hay quienes dan mayor énfasis al patógeno viento, incluso no mencionan al frío como agente causal³⁰.

Se divide en tres o cuatro etapas, dependiendo del autor³¹. Estas son:

- 1) Fase aguda: desde el inicio hasta el día 7, los síntomas generalmente son progresivos.
- 2) Fase estable o de reposo: de ocho a catorce días.
- 3) Fase de convalecencia: a partir del día 15, en este periodo generalmente se presenta recuperación gradual de la función motora del nervio facial.
- 4) Fase crónica: a partir del segundo mes.

Viento (*Feng* 风): uno de los seis *qi*; uno de los seis excesos; viento como causa de enfermedad, un patógeno *yang*. La naturaleza del viento como patógeno y sus manifestaciones clínicas son similares a las del fenómeno meteorológico viento, de donde obtiene su nombre: viene y va rápidamente, se mueve rápidamente, sopla de manera intermitente y sacude las ramas de los árboles. El viento es rápido y cambiante y sus manifestaciones como patógeno tienen las siguientes características: inicio súbito y cambios rápidos en la condición; convulsiones o temblor, mareo y dolor migratorio así como comezón; invasión de la parte superior del cuerpo y el exterior; parálisis facial y hemiplejia³².

Frío (*Han* 寒): lo opuesto al calor; uno de los seis *qi*; uno de los seis excesos. La naturaleza del frío como patógeno y sus manifestaciones clínicas son similares a las del fenómeno meteorológico: temperatura baja, enlentecimiento de las cosas, y congelamiento. Las enfermedades por frío resultan de una exposición súbita y severa al frío. Tienen las siguientes características: signos y síntomas generalizados o locales de frío, como criofobia, deseo por algo caliente, extremidades frías y dolor y frío en el abdomen inferior; excretas frías, claras y líquidas; tendencia a desarrollar estancamiento de *qi* y *xue* caracterizado por dolor severo; contractura e hipertonicidad de los tendones, indicando una invasión de frío a los *jingluo*. El frío puede surgir no sólo por una invasión externa, sino por una deficiencia interna de *yang*, a esto se le conoce como frío por deficiencia³².

ETIOLOGÍA

Se entiende que la invasión de estas energías es secundaria a una deficiencia de *qi*, una mala circulación en los *jingluo* de la cara, con el resultante estancamiento de *qi* y *xue*. La enfermedad puede ser agravada por la existencia previa de flema y recientemente se ha propuesto que el estancamiento de *qi* de hígado puede ser un factor que contribuya a esto³¹. Hay algunos más que la clasifican dentro del *zhong feng* (中风)³³, sin embargo, es posible que esto corresponda a una parálisis de origen central, por lo que no se abordará ese tema.

Viento: El viento está presente en todas las estaciones, aunque su predominio es

en la primavera. Las enfermedades producidas por viento pueden ocurrir en cualquier estación del año. Este patógeno es considerado por la medicina china como el más importante agente causal de enfermedades.

Penetra al cuerpo a través de la piel y el *couli*. Ocasiona síndromes externos, como se dice en el capítulo 42 del *Su wen*:

“El viento puede esconderse en la piel. Produce síndrome de frío cuando el *couli* se abre y produce síndrome de calor cuando el *couli* se cierra ³⁴”.

Las características patogénicas del viento son las siguientes:

- 1) Posee una habilidad penetrante y pertenece a los patógenos *yang*, por lo que tiene la tendencia a invadir las regiones *yang* del cuerpo. Es activo y está en constante movimiento y se caracteriza por ascender y exteriorizar. Su habilidad penetrante se refiere a la capacidad que tiene para relajar el *couli* e invadirlo. Esta característica lo hace más propenso a invadir la parte superior del cuerpo y los canales *yang*, la piel y los músculos. Produce síntomas como aversión al viento, cefalea y diaforesis. El capítulo 29 del *Su wen* dice: “Cuando el viento ataca, las regiones *yang* son las primeras en sufrir ³⁵”.
- 2) Es móvil y cambiante. Esto se refiere a que la mayoría de los síndromes por viento son de carácter móvil, como las artralgias migratorias y que estos síndromes son de inicio súbito y cambios irregulares poco predecibles. Esto se menciona en el capítulo 42 del *Su wen*: “El viento se mueve y cambia ³⁴”.
- 3) Es el patógeno que acarrea al resto de los patógenos exógenos. Esto también se menciona en el *Su wen* en el capítulo 60: “El viento es el origen de todas las enfermedades ³⁶”.

Frío: Este es el patógeno que predomina en el invierno. Cuando hay exposición a un clima demasiado frío, hay la susceptibilidad de sufrir un ataque por frío si no se está adecuadamente protegido. Además de esto, exponerse a lluvia, a viento cuando se está sudando, pueden ser factores que contribuyan a una invasión por frío ³⁷. El frío tiene las siguientes características patogénicas:

- 1) Por ser un patógeno de naturaleza *yin* tiene la tendencia a atacar al *yang Qi*. El capítulo 5 del *Suwen* dice: “La predominancia de *yin* resulta en frío o en alteraciones del *yang* ³⁸”.
- 2) La naturaleza del frío es congelar y estancar. Esto implica que obstruye el flujo normal del *qi*, sangre y líquidos corporales como se describe en el capítulo 39 del *Suwen*: “Cuando el frío penetra a los canales, produce una circulación de sangre y *qi* lenta y entorpecida, sale de los vasos ocasionando un decremento en el volumen sanguíneo y penetra los vasos obstruyendo el flujo de sangre y *qi* produciendo dolor súbito ³⁹”.
- 3) Contrae y encoje. Cuando el cuerpo es atacado por el frío, la función del *qi* es restringida y el *couli*, los canales, colaterales, vasos y tendones se contraen o presentan espasmos. Si ataca la piel y el *couli* se presentará aversión al frío, fiebre y adiaforesis; si ataca los vasos y produce estancamiento, habrá dolor en todo el cuerpo y un pulso tenso; si invade los canales, colaterales y articulaciones, los miembros estarán rígidos, fríos y adormecidos ³⁷.

FISIOPATOLOGÍA

El principal factor para un ataque por factores patógenos exógenos, es una deficiencia de la energía *zheng* (正) antipatógena, específicamente la energía *wei* de protección externa, que al estar deficiente, el *couli* no se encuentra adecuadamente compactado, lo que facilita la entrada de los patógenos exógenos ³⁷. También es necesario un desequilibrio entre el *yin yang* del organismo, como se explica en el capítulo 5 del *Suwen*:

“La predominancia de *yang* tiene como consecuencia una alteración en el *yin*, y viceversa ³⁸”.

SÍNDROMES ^{30,31,40-42}

Dentro de la parálisis facial periférica, se encuentran tres principales síndromes:

- 1) Invasión de viento externo: los síntomas que se presentan son fiebre y escalofrío con o sin aversión al frío, malestar general y cuerpo cortado, comisura labial desviada hacia el lado sano, cierre palpebral incompleto en

el lado afectado y en algunos casos existe dolor retroauricular. La lengua se encuentra de color rosa con una saburra delgada y blanca. El pulso es rápido y flotante o flotante y tenso.

- 2) Obstrucción de colaterales por viento y flema: se presenta desviación de comisura labial hacia el lado sano y cierre palpebral incompleto en el lado afectado, parestesia en la región afectada y flema profusa. La lengua tiene saburra blanca y grasosa y el pulso es cordalis y resbaladizo.
- 3) Viento interno por deficiencia de *xue*: los síntomas son la desviación de la comisura labial hacia el lado sano, cierre palpebral incompleto, sinquinesias, exaltamiento emocional, ira, molestia o dificultad para abrir los ojos. La lengua es pálida con una saburra delgada y blanca, el pulso es cordalis y tenso.

PRINCIPIO DE TRATAMIENTO ³⁰

- 1) Invasión de viento externo: eliminar el viento y romper estancamiento en colaterales.
- 2) Obstrucción de colaterales por viento y flema: eliminar el viento y flema de colaterales.
- 3) Viento interno por deficiencia de *xue*: tonificar *xue* y eliminar el viento interno.

TRATAMIENTO ^{30,31,40-42}

Los puntos de primera elección son: *Fengchi* (VB20), *Jiache* (E6), *Hegu* (IG4), *Yangbai* (VB14), *Dicang* (E4), *Sibai* (E2) y *Xiaguan* (E7).

Puntos suplementarios de acuerdo a la diferenciación sindromática:

- 1) Invasión de viento externo: *Quchi* (IG11) y *Waiguan* (SJ5).
- 2) Obstrucción de colaterales por viento y flema: *Fenglong* (E40).
- 3) Viento interno por deficiencia de *xue*: *Zusanli* (E36), *Ganshu* (V18) y *Shenshu* (V23).

Durante la fase aguda, se recomienda la utilización de puntos distales y de utilizar puntos locales, la inserción de la aguja debe de ser muy superficial sin

manipulación alguna. A partir de la fase estable, la manipulación debe de ser fuerte, dependiendo del síndrome que se presente ^{30,31,40-42}.

PREVENCIÓN

Dentro de la literatura consultada, únicamente se encuentran como medidas preventivas el evitar las comidas muy condimentadas, la protección del viento y el frío y mantener una vida emocional calmada ^{30,42}.

REHABILITACIÓN

Por tratarse de una patología con un índice de curación mayor al 85% y que deja secuelas en menos del 4% de los que la padecen^{1,2,3,14,15,17}, la rehabilitación estaría enfocada en los pacientes clasificados como etapa 4, sin embargo, cuando se presentan sinquinesias, es prácticamente imposible, aunque esta secuela se considera como viento interno y/o deficiencia de corazón y riñón, el tratamiento sería con puntos como : *Zanzhu* (V2), *Jiache* (E6), *Dicang* (E4) y *Quanliao* (ID18) como puntos de primera elección, para tratar el viento interno, agregar *Taichong* (H3) y *Taixi* (R3) con una manipulación en tonificación, esto con el objeto de nutrir *yin* y apaciguar el viento; para casos de deficiencia de corazón y riñón, se agregan *Shenmen* (C7), *Neiguan* (PC6), *Xinshu* (V15) y *Pishu* (V20) para tonificar a estos dos órganos ^{30,31,40-42}.

MÉTODOS COMPLEMENTARIOS DE TRATAMIENTO

Dentro de la literatura únicamente se menciona a la electroacupuntura de baja frecuencia como un método complementario, inclusive se le considera como de primera elección con resultados superiores a la acupuntura manual ^{30,31,40-42}. Existen reportes de la utilización de ventosas, moxibustión, farmacopuntura, aplicación de láser, auriculoacupuntura y craneoacupuntura para el manejo de esta entidad, sin embargo, la metodología de estos artículos no es adecuada por lo que no se incluirán en este trabajo.

LOS CANALES EXTRAORDINARIOS

Se les llama canales extraordinarios por no tener una relación interna con algún órgano o víscera, de ellos sólo los canales *Du* y *Ren* tienen puntos propios. Además de estas características, su función es la de agregar algo más al sistema de los *jingluo*⁴³.

Las principales fuentes de conocimiento de estos canales son: “*Lingshu*” capítulos 17, 21, 41, 44 y 62, “*Nanjing*” dificultades 27, 28 y 29, “Estudio de los Canales Extraordinarios” de *Li Shizhen* y “El Gran Compendio de Acupuntura y Moxibustión” de *Yang Jizhou*⁴³.

Los puntos de apertura de los canales extraordinarios son:

Renmai: Lieque (P7), *Dumai*: Houxi (ID3), *Chongmai*: Gongsun (B4), *Daimai*: Zulinqi (VB41), *Yinweimai*: Neiguan (PC6), *Yangweimai*: Waiguan (SJ5), *Yinqiaomai*: Zhaohai (R-6), *Yangqiaomai*: Shenmai (V62)⁴³.

Como solo los canales *Ren* y *Du* poseen puntos propios, los otros 6 canales comparten puntos de los canales regulares, por eso se dice que tienen influencia en más de un canal⁴³.

FUNCIONES

Resulta muy difícil generalizar acerca de las funciones principales de los canales extraordinarios, ya que cada uno tiene sus características individuales. Sin embargo, las principales funciones de estos canales se pueden resumir como sigue:

Reservorios de *qi*

Los canales extraordinarios funcionan como reservorios de energía en relación a los canales principales, que son comparados con ríos (Figura 3). Esta idea proviene del *Nanjing* de las dificultades 27 y 28. La dificultad 27 dice:

“Los sabios de la antigüedad construyeron presas y reservorios y mantuvieron los afluentes de agua abiertos para estar preparados en caso de situaciones por arriba de lo normal. Cuando hay lluvias intensas, las presas y reservorios están llenos al máximo, en el cuerpo humano, cuando los canales están en exceso no

pueden manejar ese exceso y este absorbido por los canales extraordinarios ⁴⁴.”

La dificultad 28 dice:

“Los sabios construyeron presas y reservorios; cuando estos se llenan, fluyen hacia los lagos, en el cuerpo humano, cuando los canales están en exceso, fluyen hacia los ocho canales extraordinarios donde no forman parte de la circulación general ⁴⁵”.

En el “Estudio de los Ocho Canales Extraordinarios” de *Li Shizhen* se menciona de manera similar:

“Cuando el *qi* de los canales esta en exceso, fluye hacia los canales extraordinarios donde se convierte en irrigación, calentando los órganos internamente e irrigando el *couli* externamente ⁴³”.

La influencia de los canales extraordinarios en el *couli* implica su importante papel en la protección contra los patógenos externos.

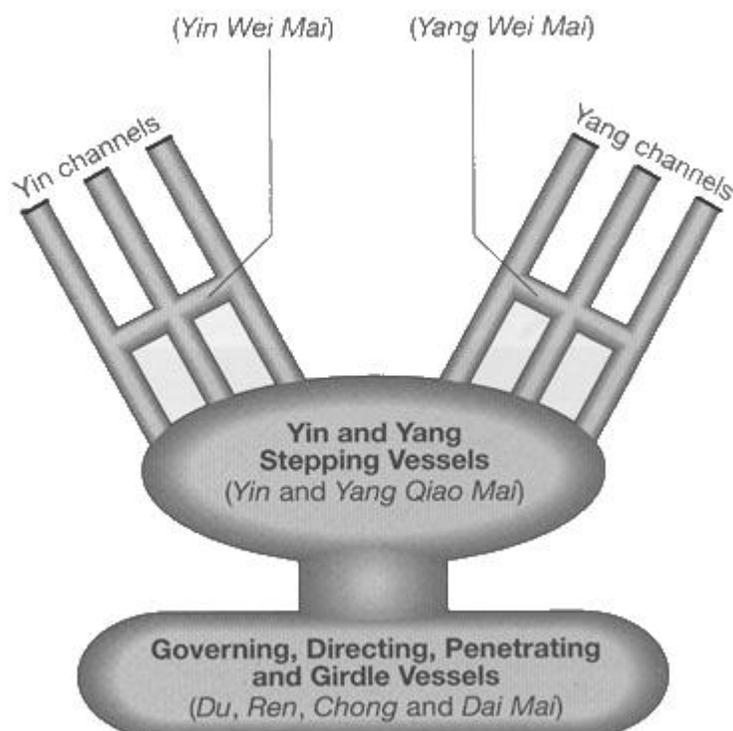


FIGURA 3. LOS CANALES EXTRAORDINARIOS COMO RESERVORIOS DE *Qi* ⁴³

Como se verá en breve, los canales *Yin* y *Yang qiao* son los primeros involucrados en esta función, razón por la cual su patología principal consiste en exceso de *yin* o de *yang*.

Debido a que los canales extraordinarios conectan con varios canales regulares, integran y regulan el sistema de *jingluo* y absorben los excesos de los canales principales. Los canales *Yin* y *Yang wei*, y los *Yin* y *Yang qiao* son buenos ejemplos de esto. Tomemos al canal *Yang wei qiao* como ejemplo, que es el objeto de estudio de este trabajo. Este canal inicia en el canal de vejiga en el punto *Shenmai* (V62) y conecta con los canales de Vesícula Biliar, Intestino Delgado, Intestino Grueso, Estómago, *Sanjiao*, *Chongmai* y *Yinqiaomai*. Como podemos ver conecta con el sistema *Yangming* de la cara, que es el principal afectado en la parálisis facial periférica³⁰.

Los canales extraordinarios y el *jing* de riñón.

Los canales extraordinarios derivan todos directa o indirectamente del riñón y todos ellos contienen el *jing*, que se almacena en el riñón. Circulan el *jing* por todo el cuerpo contribuyendo así a la integración del *ying qi* y el *wei qi* con el *jing*. Los tres canales extraordinarios principales, *Renmai*, *Dumai* y *Chongmai*, inician en el *jiao* inferior, en el espacio entre ambos riñones, donde se localiza el *dan tian* inferior.

El capítulo 65 del *Lingshu* dice:

“Los canales *Chongmai* y *Renmai* se originan en el *dan tian* inferior⁴⁶”.

En esta región es donde se almacena el *jing* tanto en hombres como en mujeres y es por esto que estos canales están estrechamente relacionados con el *jing*.

Los canales extraordinarios son a veces llamados “la raíz de la gran avenida de lo prenatal”. *Li Shizhen* dice:

“Los canales extraordinarios son la raíz de la gran avenida de lo prenatal, los canales *Du*, *Ren* y *Chongmai* son la fuente de la creación⁴³”.

La expresión “fuente de la creación” es interesante ya que probablemente se refiere a los canales *Du*, *Ren* y *Chongmai* embriológicamente como guías por donde el resto de los canales se forman.

Por esto, los canales extraordinarios representan un nivel más profundo relativo a

la terapéutica del *jing qi* prenatal y de la constitución básica del individuo; esto aplica particularmente a los canales *Du, Ren* y *Chongmai*.

Los canales extraordinarios y el *wei qi*

Como se mencionó previamente, el exceso de *qi* drena hacia los canales extraordinarios y que “irriga el *couli*”, como ésta es la región donde circula la energía *wei* de protección externa, se dice que los canales extraordinarios tienen un papel importante en la circulación del *wei qi*⁴³.

Los canales extraordinarios circulan el *wei qi* en el abdomen, tórax y espalda, función realizada principalmente por los canales *Du, Ren* y *Chongmai*. De hecho el canal *Dumai* influencia de manera directa al *wei qi* ya que es el que gobierna el *yang* de todo el cuerpo y controla los canales *yang* en la espalda, cuya función es protectora. El canal *Chongmai*, al ser el mar de los 12 canales regulares, controla todos los canales, en especial los canales *luo*, que corren en la superficie del cuerpo junto con el *wei qi*⁴³.

El papel de los canales extraordinarios en la circulación del *wei qi* es otra forma en la que estos canales integran los distintos tipos de *qi*, que de otra manera no podría ser realizado. Como estos canales se originan entre los riñones, y se relacionan con el *jing*, a través de estos el *jing* se relaciona con la defensa ante patógenos externos en el *couli*⁴³.

El *wei qi* es una energía *yang* y como tal depende completamente del *yang* del riñón. A pesar de que el pulmón es el principal órgano encargado de la difusión del *wei qi*, este es originado en el riñón a partir de la interacción del *ying* alimenticio y el *jing*. Como se ha estudiado en teoría básica, el *wei qi* se origina en el riñón a partir del *jing* y el *yuan qi* y es transformado por el *yang* del riñón. El *wei qi* tiene su origen en el *jjiao* inferior, se nutre en el *jjiao* medio y es difundido hacia el *couli* en el *jjiao* superior. El capítulo 18 del *Lingshu* dice:

“El *ying qi* emerge del *jjiao* medio y el *wei qi* emerge del *jjiao* inferior⁴⁷”.

Los canales extraordinarios y los ciclos vitales

Du, Ren y *Chongmai* son los encargados de regular los ciclos de 7 y 8 años de la vida del hombre y la mujer respectivamente. Estos ciclos se encuentran descritos

en el capítulo 1 del *Suwen*. Aquí se describe básicamente el flujo y reflujo del *jing* esencial como la base para la maduración sexual y el declive de la vitalidad, lo que corresponde en occidente a los cambios hormonales. El capítulo 1 del *Suwen* dice: “A los 14 años, en la mujer se da la llegada del *tian gui*, *Renmai* circula adecuadamente, *Chongmai* está floreciendo, ella inicia a menstruar y es capaz de procrear... a la edad de 49 *Dumai* comienza a quedar vacío, *Chongmai* comienza a decaer, la menstruación cesa y no puede procrear más ⁴⁸”.

En el hombre sucede algo similar. El *tian gui* se refiere a la preciada esencia que forma la sangre menstrual en la mujer y el esperma en el hombre, esta proviene directamente de una transformación del *jing* de riñón.

Por esto, los canales extraordinarios, y particularmente *Du*, *Ren* y *Chongmai*, son los pasajes por los que el *jing* de riñón se transforma en *tian gui*, que es el responsable de la maduración y decadencia sexual ⁴³.

Los canales extraordinarios y los órganos extraordinarios

Estos canales tienen como función, integrar a los órganos extraordinarios con los *zangfu* y los canales principales. El riñón es la conexión entre los canales extraordinarios y los *zangfu* y también entre éstos y los órganos extraordinarios. Esto los convierte en un vehículo para integrar a los *zangfu* y los órganos extraordinarios a la fisiología corporal.

Cada canal extraordinario está conectado a un *zang* o *fu* mediante un órgano extraordinario, de otra manera serían como un pozo sin fuente. De manera más específica, la correspondencia entre los canales extraordinarios y los órganos extraordinarios es de la siguiente manera: cerebro-*Dumai*, *Yin* y *Yang qiaomai*; útero-*Ren* y *Chongmai*; vasos sanguíneos-*Chongmai*; vesícula biliar-*Daimai*; médula-*Chong* y *Dumai*; huesos-*Chong*, *Du* y *Renmai* ⁴³.

Los canales extraordinarios y los cuatro mares

Están en íntima relación con los cuatro mares como sigue: mar de la médula-*Du*, *Yin* y *Yang qiaomai* (puntos *Baihui* [Du20] y *Fengfu* [Du16]); mar de *qi*-*Renmai* (puntos *Renying* [E9] y *Shanzhong* [Ren17]); mar de los alimentos-*Chongmai* (puntos *Qichong* [E30] y *Zusanli* [E36]); mar de la sangre-*Chongmai* (puntos

Dashu [V11], *Shangjuxu* [E37] y *Xiajushu* [E39])⁴³.

Función reguladora, integrativa y equilibrante de los canales extraordinarios

En primer lugar, regulan el flujo de *qi* de los canales principales para absorber el exceso de *yang* o *yin* para mantener el equilibrio *yin-yang* dentro del organismo. Los principales canales en realizar esta función son los *Yin* y *Yang qiaomai*. El concepto de regular también se refiere a mantener el adecuado flujo de *qi* entre canales *yin* y *yang*. Esta función es realizada principalmente por los canales *Yin* y *Yang wei mai*, cuya función es la de unir a los canales *yin* y *yang* respectivamente y también se realiza esto a través de los canales *Ren* y *Dumai*, que gobiernan y dirigen todos los canales *yin* y *yang* respectivamente.

El concepto equilibrante se realiza por estos canales balanceando los canales *yin* y *yang* en tórax y cabeza. Forman parte de un mecanismo sofisticado de balance, donde los canales *luo* lo hacen en las extremidades y los canales extraordinarios lo hacen en tórax y cabeza.

Integrar significa que los canales extraordinarios tienen una función integradora de las diversas estructuras con los *zangfu* y el sistema de canales regulares, que de no ser por ellos, no podrían estar integrados⁴³.

DINÁMICA ENERGÉTICA

Los canales extraordinarios pueden ser agrupados por sus puntos de apertura, cuando se agrupan de esta forma, los dos puntos, al ser utilizados juntos, influyen una región del cuerpo en particular. Los canales *Du* y *Yang qiaomai* al ser utilizados juntos, tienen influencia sobre la espalda, columna vertebral, cara lateral de miembros inferiores y ojos. Los canales *Ren* y *Yin qiaomai* tienen influencia sobre el tórax, abdomen, cara medial de miembros inferiores y ojos. Los canales *Chong* y *Yin weimai* tienen efecto en el abdomen, tórax y regiones laterales del cuerpo. Los canales *Dai* y *Yang weimai* tienen efecto en la cintura y la cabeza⁴³.

APLICACIONES CLÍNICAS

Se puede resumir de la siguiente manera:

Patologías de varios canales a la vez, patologías crónicas, involucro de un órgano con un canal diferente, situaciones confusas de calor-frío y exceso-deficiencia, algunos problemas mentales, patologías neurológicas y finalmente cuando se encuentra un pulso de cualidades idénticas en diferentes posiciones ⁴³.

YANG QIAOMAI

Trayecto

El trayecto de este canal se describe de manera muy breve en el *Nanjing* en la dificultad 28:

“El canal *Yang qiaomai* se origina en el talón; se dirige hacia el maléolo externo y continua su ascenso para conectarse con Fengchi (VB20) ⁴⁹”.

Li Shizhen da una descripción más detallada (Figura 4):

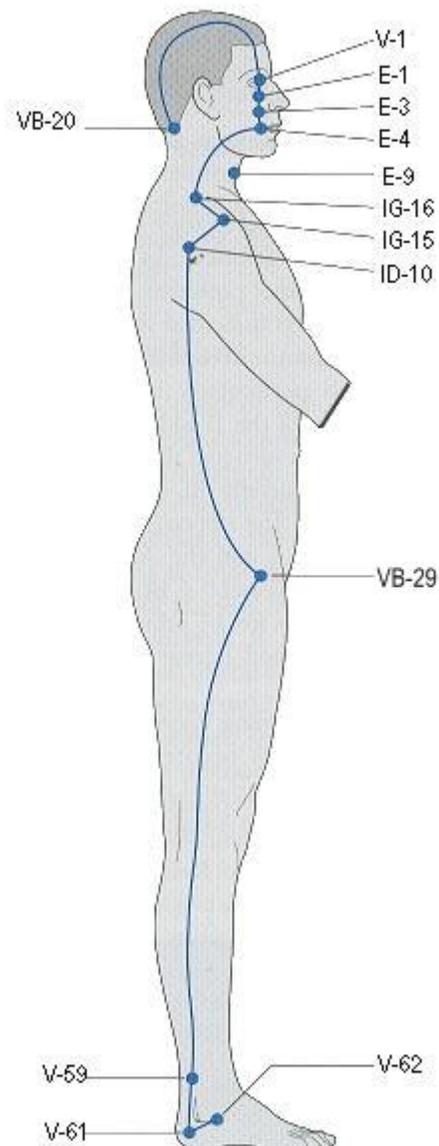


FIGURA 4. RECORRIDO DEL CANAL YANG QIAOMAI ⁵⁰

“El canal *Yang qiaomai* es una derivación del canal de la vejiga. Inicia en el talón, asciende al maléolo externo al punto *Shenmai* (V62) y después a *Pucan* (V61). Después asciende 3 *cun* hasta *Fuyang* (V59) que es su punto *xi*. Continúa subiendo por la cara lateral de la pierna, detrás del hipocondrio hasta la escápula donde conecta con el canal del intestino delgado y *Yin weimai* en el punto *Naoshu* (ID10). Sube hacia la cara lateral del hombro donde conecta con los canales del Intestino Grueso y *Sanjjiao* en el punto *Jianyu* (IG15). Sube hasta *Renying* (E9) y conecta con los canales de Intestino Grueso, Estómago y *Renmai* en el punto *Dicang* (E4). Sube al punto *Juliao* (E3) y se reúne nuevamente con *Renmai* en el punto *Chengqi* (E1). Después sube al ángulo interno del ojo donde conecta con los canales de Intestino Delgado, Vejiga, Estómago y *Yin qiaomai* en el punto *Jingming* (V1). De aquí continua sobre el cráneo, pasa por detrás del oído y entra en *Fengchi* (VB20) donde termina ⁵⁰”.

Funciones ⁵¹

- a) Absorbe el exceso de *yang* de la cabeza. Este canal es la primera línea de reservorios que absorbe el exceso de *yang*, en particular de la cabeza. Esto en la clínica se utiliza para problemas como viento interno o externo⁵³.
- b) Control de los ojos. Como se describe en su recorrido, tiene una relación íntima con el sistema visual, tiene la función de llevar el *yang qi* a los ojos para mantenerlos abiertos, cuando hay exceso, se puede presentar insomnio.
- c) Problemas mentales. Se utiliza en patologías caracterizadas por exceso de *yang* en la cabeza, como pueden ser la manía, ansiedad o insomnio.
- d) Dolor de espalda y ciática. Este canal es de gran utilidad en estas patologías, como se menciono antes, en cuadros donde se involucran varios canales, resulta apropiado utilizar los canales extraordinarios.
- e) En la ciática que involucra región del canal de vesícula biliar, vejiga y estómago, la punción de este canal está indicada.

Indicaciones clásicas

En la dificultad 29 del *Nanjing* se menciona lo siguiente:

“Cuando *Yang qiaomai* se encuentra enfermo, el *yin* esta deficiente y el *yang* en exceso ⁵²”.

Esta afirmación generalmente se interpreta como el estado de los músculos de las piernas, esto es, los de la cara medial están flácidos y los de la cara lateral tensos.

El capítulo 63 del *Suwen* sugiere la utilización de este canal para el dolor ocular:

“Cuando existen factores patógenos en el *Yang qiaomai*, ocasionara dolor en el ángulo interno del ojo: puncionar el punto a medio *cun* por debajo del maléolo externo dos veces. El lado izquierdo para dolor del lado derecho y el lado derecho para dolor del lado izquierdo. La enfermedad se curará en el tiempo que toma caminar 10 *li* ⁵³”.

En el capítulo 21 del *Lingshu* se menciona lo siguiente:

“Cuando el canal *Yang qiaomai* está en exceso los ojos permanecen abiertos ⁵⁴”.

Li Shizhen dice:

“Cuando los pulsos de ambas posiciones delanteras son cordalis, indica patología en *Yang qiaomai*. Esto produce dolor de espalda, epilepsia, apoplejía, llanto como de oveja, aversión al viento, hemiplejía y rigidez del cuerpo ⁵⁵”.

Punto de apertura: *Shenmai* (V62)

Punto acoplado o de cierre: *Houxi* (ID3)

Punto de inicio: *Shenmai* (V62)

Punto Xi: *Fuyang* (V59)

Puntos de intersección: *Shenmai* (V62), *Pucan* (V61), *Fuyang* (V59), *Juliao* (VB29), *Naoshu* (ID10), *Jianyu* (IG15), *Jugu* (IG16), *Dicang* (E4), *Juliao* (E3), *Chengqi* (E1), *Jingming* (V1) y *Fengchi* (VB20) ^{50, 51}.

PUNTOS A UTILIZAR

*Shenmai (V62)*⁵⁶

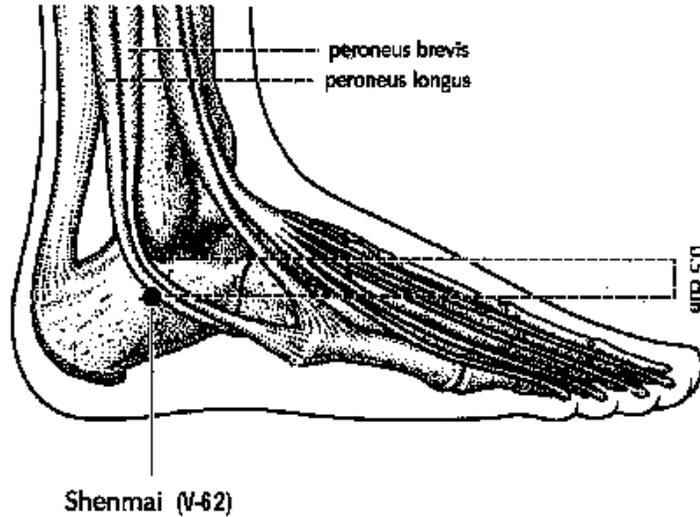


FIGURA 5. LOCALIZACIÓN DE SHENMAI (V62)⁵⁶

Localización:

En la cara lateral del pie, a 0.5 *cun* inferior al borde inferior del maléolo externo, en una depresión formada posterior a los tendones peroneales.

Punción:

Inserción oblicua en dirección inferior, de 0.3 a 0.5 *cun*.

Funciones:

Apacigua el viento interno y expulsa el viento externo, tranquiliza el espíritu y trata la epilepsia, beneficia la cabeza y los ojos, abre y regula el canal *Yang qiaomai*, activa el canal y alivia el dolor.

Indicaciones:

Fiebre y escalofrío, aversión al viento con sudoración espontánea y cefalea. Mareo por viento, viento de la cabeza, cefalea lateral y de línea media,

opistotónos, tétanos, epilepsia, golpe de viento con incapacidad para hablar, hemiplejía, desviación de la boca, ojo y cara.

Rigidez de cuello y espalda, *bi zheng* de la región lumbar y cadera, ciática, inflamación local.

Observaciones:

Punto de apertura de *Yang qiaomai*, 5º punto demoniaco de *Sun Simiao*.

Houxi (ID3)⁵⁷

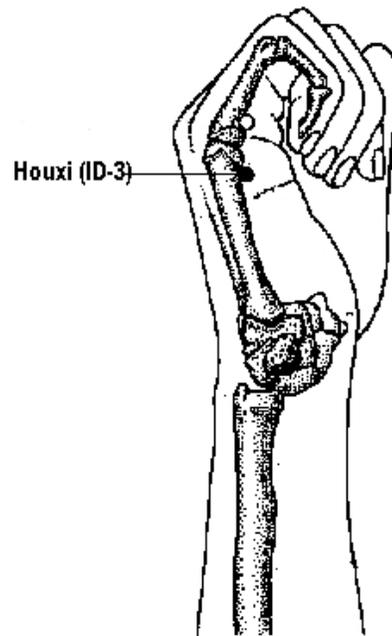


FIGURA 6. LOCALIZACIÓN DE HOUXI (ID3)⁵⁷

Localización:

En el borde ulnar de la mano, en la depresión proximal a la cabeza del 5º metacarpiano, entre las dos pieles.

Punción:

Inserción perpendicular de 0.5 a 2 *cun*, con la mano haciendo un puño suelto.

Funciones:

Beneficia el occipucio, cuello y espalda, activa el canal y elimina el dolor, dispersa el viento y el calor, tranquiliza el espíritu y trata la epilepsia, aclara el calor y beneficia los órganos de los sentidos, regula a *Dumai*.

Indicaciones:

Rigidez y dolor de cuello, dificultad para rotar el cuello, cefalea unilateral y bilateral, dolor de hombro y espalda, dolor de codo, contractura y dolor en los dedos, dolor lumbar y de rodilla, hemiplejía.

Malaria, sudoración nocturna, fiebre y escalofrío, enfermedad febril con ausencia de sudoración, plenitud torácica, ictericia.

Epilepsia, depresión, patología de *dumai*.

Hipoacusia, acúfeno, enrojecimiento de ojos, dolor de ojos, inflamación de los ojos con lagrimeo, epistaxis, odontalgia, inflamación de la garganta, pérdida de voz secundaria a golpe de viento.

ANTECEDENTES

Para el presente trabajo se realizó una búsqueda en bases de datos electrónicas (medline, sciencedirect, acubriefs) utilizando las palabras Bell's Palsy and acupuncture y sinónimos en inglés y hasta el día 31 de agosto del 2007. La base de datos con más resultados fué medline con un total de 83. Se hizo una revisión de los abstracts y no se encontró en ninguno de ellos la utilización de los puntos propuestos en este trabajo por lo que se concluye que es una investigación original.

En la literatura revisada, los puntos distales más utilizados son: *Fengchi* (VB20), *Hegu* (IG4), *Waiguan* (SJ5) y *Zusanli* (E36)^{30, 31,40-42}.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Tendrá un efecto benéfico la punción de los puntos *Houxì* (ID3) y *Shenmai* (V62) en la evolución de la parálisis de Bell?

JUSTIFICACIÓN

A pesar de su baja incidencia a nivel mundial, sus secuelas pueden llegar a ser muy aflictivas para el paciente. En cuanto a la parálisis de Bell, se reporta que el 85% de los pacientes presentan remisión espontánea y total a las 6 semanas del inicio del cuadro y solamente un 4% presentará secuelas severas después de los 6 meses^{1, 2, 3, 14,15}.

Por este motivo, se considera que es una patología que se presta para experimentar con nuevos modelos terapéuticos y la meta del presente estudio fue lograr una reducción en un grado en la escala de House-Brackmann antes de las tres semanas de la aparición de los síntomas.

No existe ningún tratamiento alopático estandarizado para esta patología, el tratamiento con acupuntura tampoco es estandarizado y de obtenerse resultados positivos se puede tratar esta patología únicamente con dos puntos.

OBJETIVOS

Objetivo general

Evaluar el efecto de la acupuntura utilizando el canal extraordinario *yang qiao* en la evolución de las fases aguda y subaguda de la parálisis de Bell, de acuerdo a la escala de House-Brackmann.

Objetivos particulares

- 1) Determinar el grado de parálisis facial y tiempo de evolución al momento de solicitar tratamiento.
- 2) Aplicar la acupuntura en los puntos *Houxi* (ID3) y *Shenmai* (V62).
- 3) Estadificar el grado final de parálisis.
- 4) Obtener la significancia estadística.

HIPÓTESIS

La acupuntura en los puntos *Houxi* (ID3) y *Shenmai* (V62) tendrá un efecto favorable en los pacientes con parálisis de Bell.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio:

Ensayo clínico, prospectivo, longitudinal, analítico.

Unidad de investigación:

Clínica de acupuntura de la ENMyH.

Universo de estudio:

15 pacientes.

Criterios de Inclusión:

Pacientes entre 18 y 70 años de edad, que acudieron a la clínica de acupuntura de la ENMyH, con parálisis facial periférica.

Criterios de exclusión:

Pacientes con parálisis facial central.

Pacientes con parálisis facial periférica de etiología identificable.

Pacientes con parálisis de repetición.

Pacientes con evolución mayor a 2 meses.

Criterios de eliminación:

Pacientes que desearon abandonar el estudio.

Pacientes que no cumplieron con el 80% de las sesiones.

Variables:

Dependiente: grado de parálisis de acuerdo a la escala de House- Brackmann.

Independiente: acupuntura en los puntos *Houxi* (ID3) y *Shenmai* (V62).

Recursos físicos, materiales, económicos y humanos:

1 consultorio.

1 mesa de acupuntura.

Formato de historia clínica de la ENMyH

Carta de consentimiento informado

2 agujas marca Mac, de 30 x 0.3 mm

Torundas con alcohol.

Residente

Médico tratante.

Método:

Con el paciente en decúbito dorsal, previa asepsia de la región, se puncionaron los puntos propuestos en el lado afectado, con la técnica monomanual bidigital, iniciando con el punto *Shenmai* (V62) y posteriormente el punto *Houxi* (ID3).

Se manipuló el punto *Shenmai* (V62) con técnica de sedación para viento (rotación rápida y amplia con movimiento enfático en contra de las manecillas del reloj) para un total de 6 rotaciones y el punto *Houxi* (ID3) con técnica de sedación para frío

(rotación rápida y amplia) para un total de 6 rotaciones. Se retienen las agujas por 30 minutos y se manipulan a los 0, 15 y 30 minutos.

Se aplicaron un total de 3 sesiones semanales durante tres semanas consecutivas y se calificó el grado de parálisis de acuerdo a la escala de House-Brackmann cada semana.

RESULTADOS

Se reunieron 18 pacientes, 10 femeninos y 8 masculinos, de los cuales 15 cumplieron con los criterios de inclusión. A pesar de no haber reunido el número de pacientes propuesto al inicio del experimento, el tamaño de la muestra es siete veces el requerido de acuerdo a las fórmulas existentes para el cálculo de muestras⁽⁵⁸⁾, ya que de acuerdo a ésta fórmula, se requieren de 2 pacientes para obtener una muestra estadísticamente significativa, de acuerdo a la incidencia reportada por la Secretaría de Salud en el año 2005⁽⁶⁾. El cálculo se realizó de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$n = \frac{t^2 \times p(1-p)}{m^2}$$

Donde:

n = tamaño de la muestra requerido

t = nivel de fiabilidad de 95% (valor estándar de 1,96)

p = incidencia de la patología a estudiar (0.001%)

m = margen de error de 5% (valor $p < 0.05$)

A continuación se presenta una tabla con las edades, sexos, lateralidad y grados de parálisis facial que presentaron los pacientes desde el inicio de la investigación, hasta el final de la tercera semana de tratamiento.

TABLA 4. CONCENTRADO DE DATOS ⁵⁹

Nombre	Edad	Sexo	Evolución	Lateralidad	G I	G s1	G s2	G s3
MIR	48	F	5 días	Izquierda	IV	III	I	I
AMG	38	M	4 días	Derecha	V	III	II	I
ETP	69	M	2 meses	Derecha	V	IV	IV	IV
VGM	59	M	2 meses	Derecha	V	IV	III	III
MEI	42	M	9 días	Derecha	VI	III	II	I
JGG	50	F	7 días	Izquierda	VI	IV	III	III
CCS	66	F	9 días	Derecha	VI	V	V	IV
JLA	36	M	3 días	Derecha	III	I	I	I
IIS	34	M	8 días	Izquierda	VI	V	IV	III
MSZ	45	M	1 mes	Derecha	VI	V	V	V
SST	60	M	2 meses	Izquierda	V	IV	III	III
RTF	30	F	3 semanas	Izquierda	VI	V	III	nsp
PGA	68	F	7 días	Izquierda	VI	V	IV	nsp
GHJ	50	F	8 días	Izquierda	V	IV	III	III
AGA	29	F	9 días	Derecha	V	IV	II	I

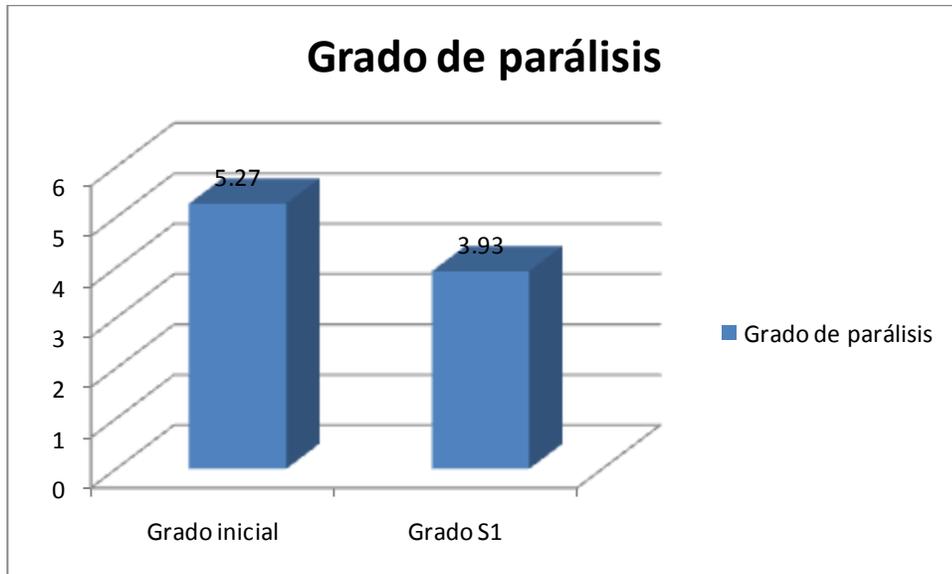
G I: Grado Inicial; Gs1: Grado después de la primer semana; Gs2 Grado después de la segunda semana; Gs3 Grado al final del tratamiento; nsp: no se presentó.

Como podemos observar, todos los pacientes disminuyeron un grado en la escala de House-Brackmann después de tres sesiones, con lo que se comprueba el efecto benéfico de la acupuntura en los puntos *Shenmai* (V62) y *Houxi* (ID3).

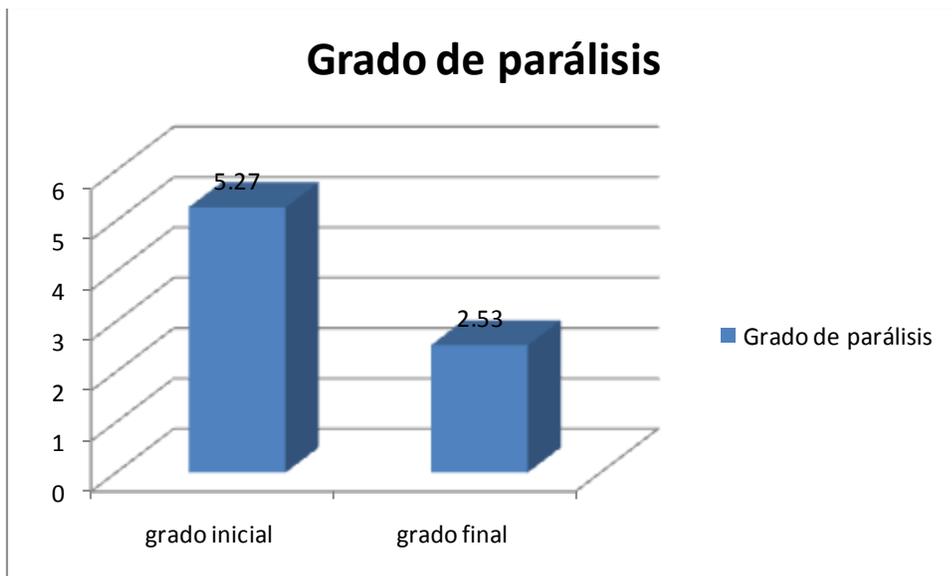
El porcentaje de mejoría en la primer semana fue de 25.42% (Gráfica 1), con un valor $p < 0.05$ (T de Student).

Sin embargo, al final de la tercer semana, únicamente 5 pacientes (33.3%) presentaron una remisión total de la enfermedad, de los cuales todos se presentaron con una evolución menor a los 10 días. El porcentaje total de mejoría fue de 52% (Gráfica 2), con un valor $p < 0.05$ (T de Student).

Desafortunadamente los estudios publicados^(14,15,16,21,24,25,26,27,28) únicamente muestran resultados de la evolución a los 2 meses de iniciado el tratamiento, o no utilizan la escala de House-Brackmann para la valoración de la respuesta al tratamiento, por lo que no es posible realizar una comparación entre los distintos tratamientos y el propuesto en este estudio.



Gráfica 1. Grado de parálisis inicial y final de primer semana. Fuente: Tabla 4



Gráfica 2. Grado inicial y final de parálisis. Fuente: Tabla 4

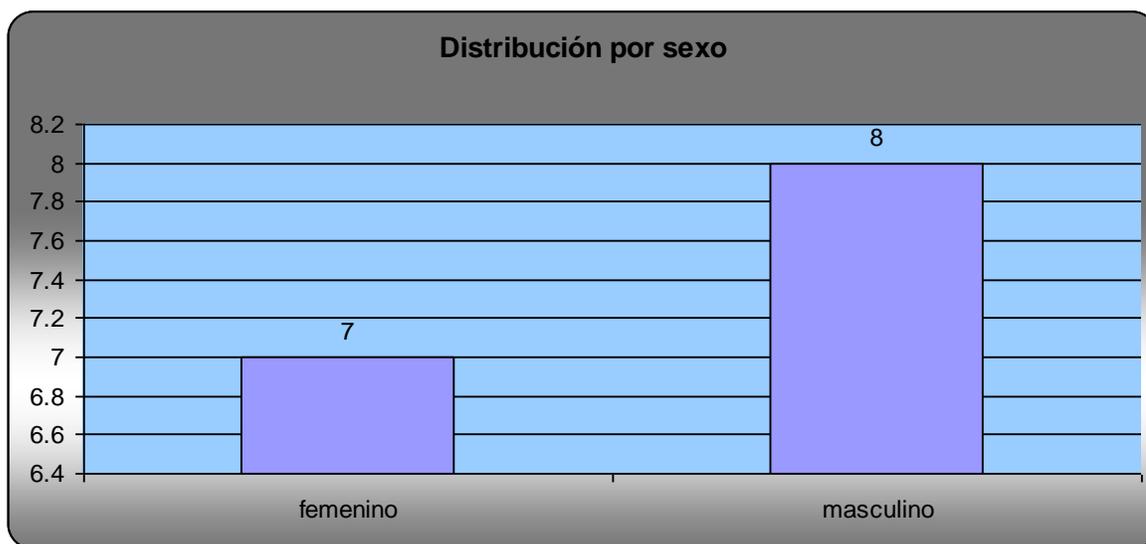
También podemos observar que en pacientes cuya evolución era menor a un mes, la mejoría fue progresiva, con tendencia a la recuperación total, sin importar el grado inicial de parálisis, sexo o la edad del paciente.

De los tres pacientes que se presentaron con evolución mayor o igual a un mes y menor a 2 meses, se observó mejoría, aunque de una manera menos alentadora.

Lo más notable del efecto del tratamiento que pude observar en este estudio, fue la mejoría casi inmediata en la función del cierre palpebral, que se presentó en todos los pacientes.

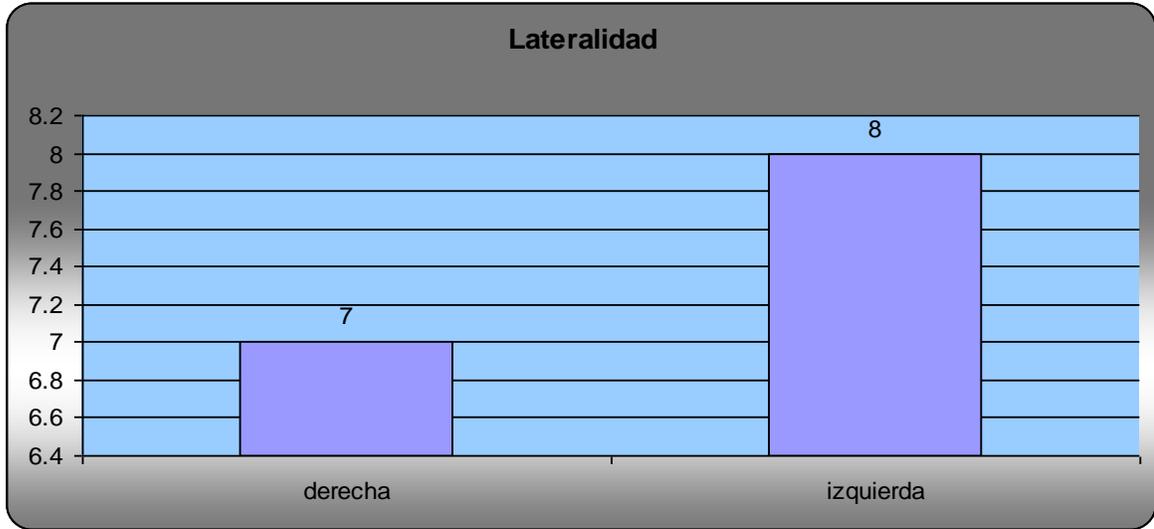
ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan de manera gráfica los datos recolectados en el estudio. En cuanto a la distribución por sexo, encontramos que ocho pacientes fueron mujeres y siete hombres.



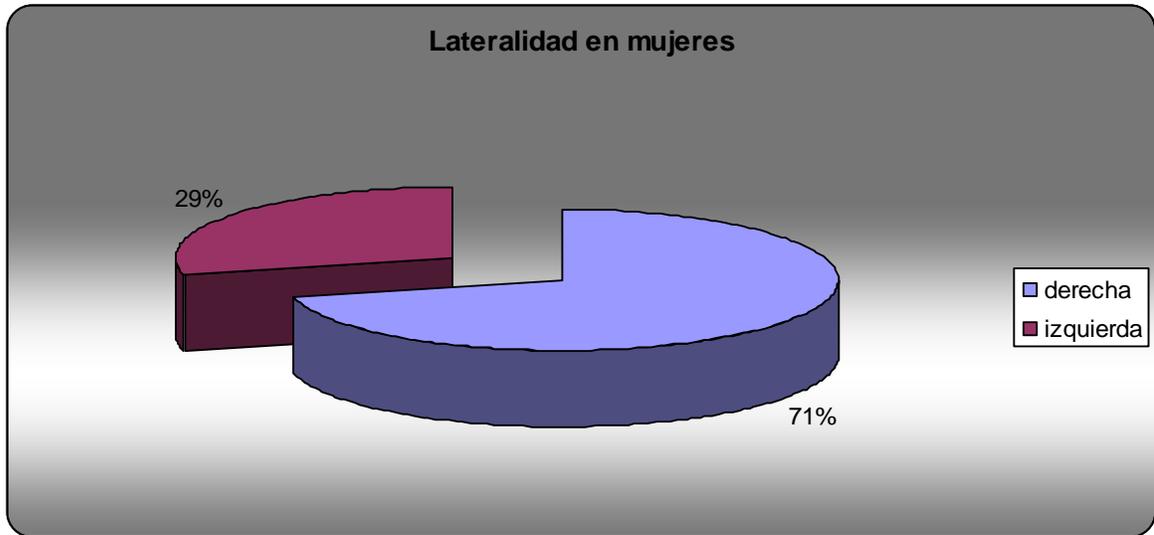
Gráfica 3. Distribución por sexo. Fuente: Tabla 4

La lateralidad de la parálisis facial fue de predominio izquierdo, con 8 pacientes con parálisis izquierda y 7 con parálisis derecha.



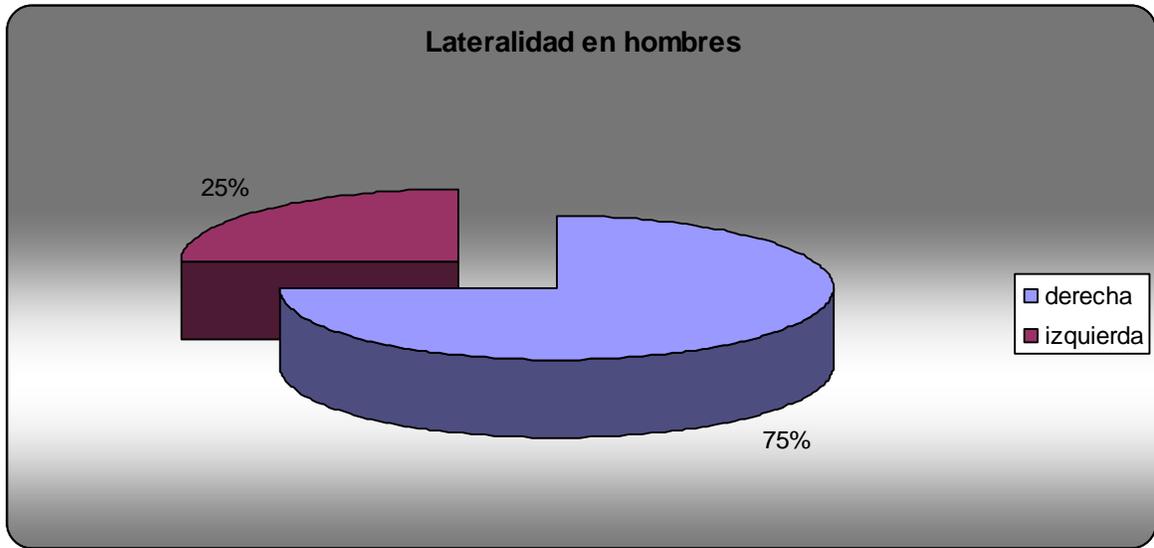
Gráfica 4. Lateralidad de la parálisis facial. Fuente: Tabla 4

La lateralidad en las mujeres fue de predominio izquierdo con un total de 5, contra 2 derechas (71% y 29% respectivamente).



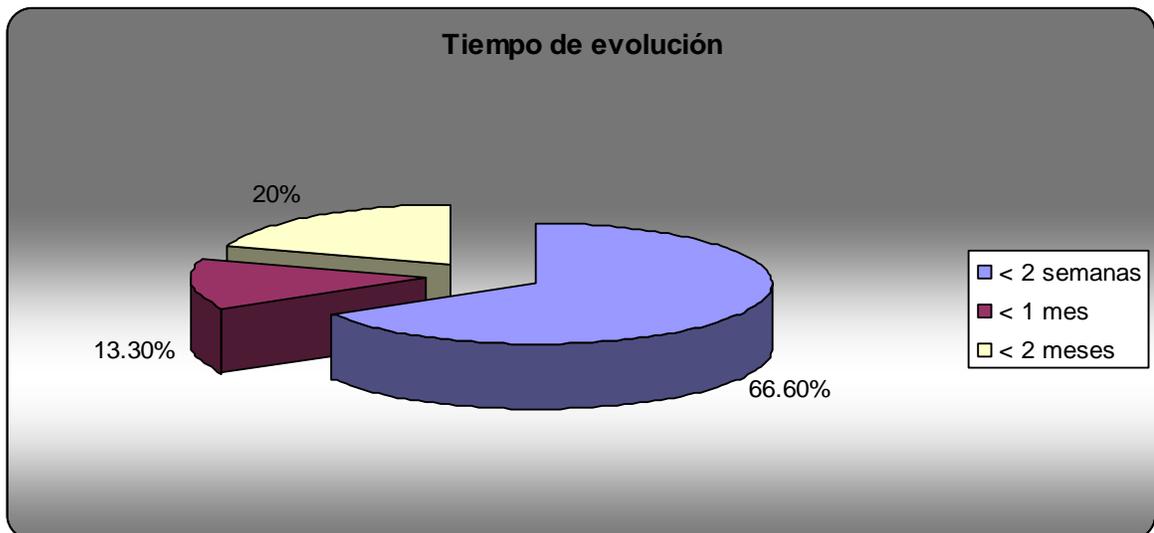
Gráfica 5. Porcentaje de lateralidad en mujeres. Fuente: Tabla 4

De manera contraria, la lateralidad en hombres fue de predominio derecho, con un total de 6, contra 2 izquierdas (75% y 25% respectivamente).



Gráfica 6. Porcentaje de lateralidad en hombres. Fuente: Tabla 4

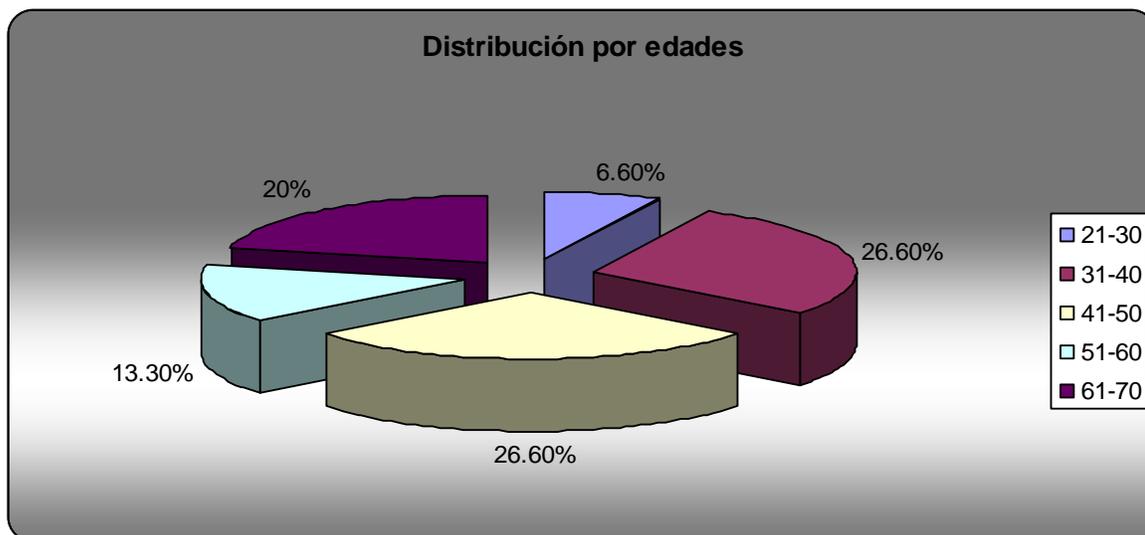
En lo que respecta al tiempo de evolución, el 66.6% se presentó antes de las 2 semanas de la aparición de los síntomas, el 13.3% después de las 2 semanas y antes de un mes y el 20% se presentó después de un mes y hasta los 2 meses de evolución.



Gráfica 7. Tiempo de evolución. Fuente: Tabla 4

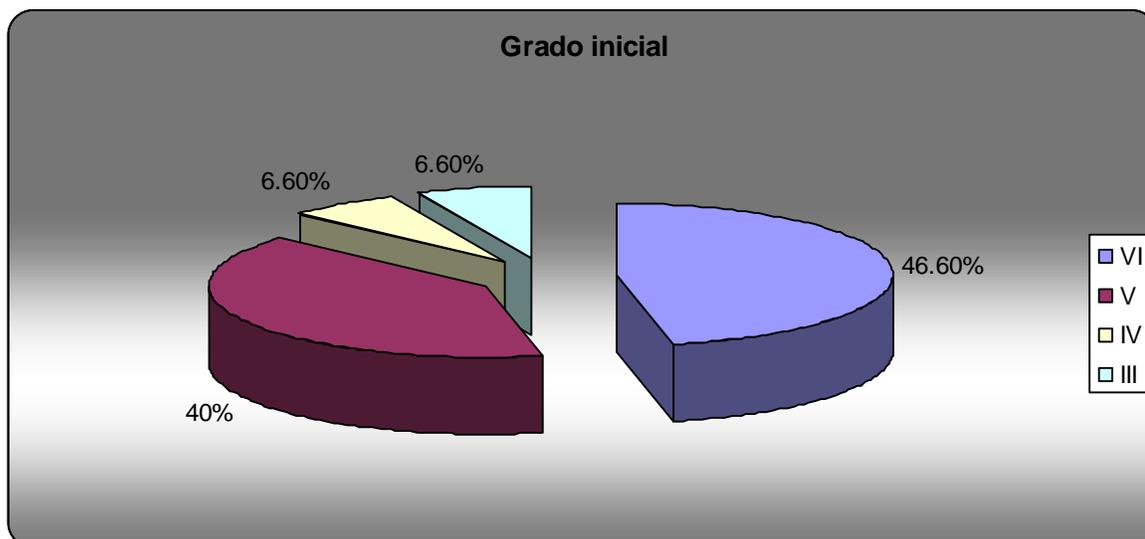
En cuanto a la distribución por edades, los pacientes de la cuarta y quinta décadas de la vida, representaron el 26.6% cada uno, los de la séptima década, el 20%, los

de la sexta década, el 13.3% y finalmente los de la tercera década, el 6.6%.



Gráfica 8. Distribución por edades. Fuente: Tabla 4

Para los grados de parálisis facial, de acuerdo a la escala de House-Brackmann, los pacientes con una parálisis total o grado VI, representaron un 46.6%, con grado V, el 40%, con grados VI y III, el 6.6% respectivamente.



Gráfica 9. Grado inicial de parálisis facial al momento de la captación. Fuente: Tabla 4

CONCLUSIONES

De acuerdo a los datos obtenidos, se puede concluir que el tratamiento propuesto en éste trabajo, es una buena opción para el manejo de las etapas iniciales de la parálisis de Bell, ya que se obtienen resultados satisfactorios durante las primeras tres semanas de tratamiento utilizando únicamente dos puntos distales y se obtiene una mejoría notable en la función del músculo orbicular de los párpados, alteración que obliga al paciente a tener cuidados continuos de día y de noche.

También podemos concluir que este puede ser el tratamiento de elección en pacientes con una evolución menor a 10 días, ya que se logra la recuperación total en 9 o menos sesiones, independientemente del grado inicial de la parálisis facial.

Con estos datos, se concluye que el canal extraordinario *Yangqiaomai* es útil en el tratamiento agudo de enfermedades tipo exceso en la región superior del cuerpo y que la acupuntura en los puntos *Shenmai* (V62) y *Houxi* (ID3) tiene un efecto favorable en la evolución de la parálisis de Bell, por lo que deben de ser incluidos en el tratamiento acupuntural de esta patología.

RECOMENDACIONES PARA TRABAJOS FUTUROS

Con los datos recabados en este trabajo, recomiendo que se realice un seguimiento de hasta dos meses para aquellos pacientes que no alcancen la recuperación total a las tres semanas, esto con la finalidad de poder comparar la efectividad con los tratamientos alopáticos convencionales.

También se recomienda que a todos los pacientes con parálisis facial se les clasifique de acuerdo a la escala de House-Brackmann ya que es un método objetivo y confiable para evaluar la función motora facial evitando con esto las discrepancias interobservador.

Referencias Bibliográficas

1. Lustig LR, Niparko JK: **Anatomy, Physiology, & Testing of the Facial Nerve**. En Lalwani AK: *Current Diagnosis and Treatment in Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2004, Mc Graw Hill. Ch 66 pp 885-902.
2. Mattox DE: **Clinical Disorders of the Facial nerve**. En Cummings CW, Haughey BH, Thomas JR, Harker LA, Flint PW. *Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery*. 2005, 4th Ed. Mosby. Ch 147 pp 3333-3354.
3. Coker NJ, Vrabec JT: **Acute Paralysis of the Facial Nerve**. En Bailey BJ, Calhoun KH, Healy GB, Pillsbury HC, Johnson JT et al. *Head and Neck Surgery-Otolaryngology*. 2006, 4th Ed. Lippincott Williams & Wilkins. Ch 144 pp 1843-1858.
4. Mendizabal O: **Clasificación de la Parálisis Facial: un enfoque práctico**. Anteproyecto de tesis para obtener el grado de especialista en otorrinolaringología. Sin publicar.
5. Danielides V, Patrikakos G, Nousia C, Bartzokas A, Milionis H J: **Weather conditions and Bell's palsy: five-year study and review of the literature**. BMC Neurology 2001, 1:7 <http://www.biomedcentral.com/1471-2377/1/7>
6. Anuario de Morbilidad 2005.
<http://www.dgepi.salud.gob.mx/anuario/html/anuarios.html>
7. Chou C, Liou W, Hu K, Loh C, Chou C, et al: **Bell's palsy associated with influenza vaccination: Two case reports**. Vaccine 2007; 25:2839-2841.
8. Dubey S, Larawin V. **Complications of Chronic Suppurative Otitis Media and Their Management**. Laryngoscope. 2007. 117:264–267.
9. Popovtzer A, Raveh E, Bahar G, Oestreicher.Kedem Y, Feinmesser R, Nageris B: **Facial palsy associated with acute otitis media**. Otolaryngol Head Neck Surg. 2005;132:327-329.
10. Sherman SC, Thompson TM: **Pontine hemorrhage presenting as an isolated facial nerve palsy**. Ann Emerg Med. 2005;46:64-6.
11. Larsson C, Bernstrom-Lundberg C, Edstrom S, Bergstrom T: **Tumor necrosis factor-alpha response and herpesvirus infection in Bell's palsy**. Laryngoscope. 1998;108:1171-6.

12. Krishnamurthy S, Weinstock AL, Smith SH, Duffner PK: ***Facial palsy, an unusual presenting feature of childhood leukemia.*** *Pediatr Neurol.* 2002;27:68-70.
13. Ramchandani PL, Sabesan T, Peters WJ: ***Subdural empyema and herpes zoster syndrome (Hunt syndrome) complicating removal of third molars.*** *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2004;42:55-7.
14. Salinas R: ***Bell's palsy.*** *Clin Evid.* 2003;1504-7.
15. Benecke JE: ***Facial Paralysis.*** *Otolaryngol Clin N Am.* 2002; 35:357-365.
16. Murakami S, Mizobuchi M, Nakashiro Y, Doi T, Hato N, et al: ***Bells palsy and herpes simplex virus: identification of viral DNA in endoneurial fluid and muscle.*** *Ann Intern Med.* 1996;124:27-30.
17. Ikeda M, Abiko Y, Kukimoto N, Omori H, Nakazato H, et al: ***Clinical Factors that Influence the Prognosis of Facial Nerve Paralysis and the Magnitudes of Influence.*** *Laryngoscope.* 2005;115:855–860.
18. Tekgul H, Polat M, Serdaroglu G, Ikizog˘lu T, Yalaz M, Kutukculer N, G˘kben S: ***Lymphocyte subsets in Bell's palsy: Immune pathogenesis and outcome prediction.*** *Pediatr Neurol.* 2004;31:258-260.
19. Yilmaz M, Tarakcioglu M, Bayazit N, Bayazit YA, Nami duru M, Kanlikama M: ***Serum cytokine levels in Bell's palsy.*** *J Neurol Sci.* 2002;197(1-2):69-72.
20. Kanoh N, Nomura J, Satomi F: ***Nocturnal Onset and Development of Bell's Palsy.*** *Laryngoscope.* 2005;115:99–100.
21. Cronin G, Steenerson R: ***The effectiveness of neuromuscular facial retraining combined with electromyography in facial paralysis rehabilitation.*** *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;128:534-538.
22. Benatar M, Edlow J: ***The Spectrum of Cranial Neuropathy in Patients With Bell's Palsy.*** *Arch Intern Med.* 2004;164:2383-2385.
23. Huang C, Tseng F, Chen Z, Hsu C, Ko J et al: ***Malignat Parotid Tumor and Facial Palsy.*** *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;136:778-782.
24. Ramsey MJ, DerSimonian R, Holtel MR, Burgess L: ***Corticosteroid Treatment for Idiopathic Facial Nerve Paralysis: A Meta-analysis.*** *Laryngoscope.* 2000; 110:335–341.

25. Grogan PM, Gronseth GS: ***Practice parameter: Steroids, acyclovir, and surgery for Bell's palsy (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology.*** Neurology. 2001;56:830-6.
26. Horowitz SH: ***Are drug therapies effective for Bell's palsy?*** J Fam Practice. 2003; 52: 158-159.
27. Steiner I, Mattan Y: ***Bell's palsy and herpes viruses: to (acyclo)vir or not to (acyclo)vir?*** J Neurol Sci. 1999;170:19-23.
28. Nakamura K, Toda N, Sakamaki K, Kashima K, Takeda N: ***Biofeedback rehabilitation for prevention of synkinesis after facial palsy.*** Otolaryngol Head Neck Surg. 2003;128:539-43.
29. Cronin G, Steenerson R: ***The effectiveness of neuromuscular facial retraining combined with electromyography in facial paralysis rehabilitation.*** Otolaryngol Head Neck Surg 2003;128:534-538.
30. Zhaofa Z, Ding Z (Editors), Tai W (Translator): ***Fundament and Clinical Practice of Electroacupuncture.*** 1994. Beijing Science and Technology Press. Ch 6, pp 185-187.
31. Mayor DF: ***Electroacupuncture: An Introduction and its use for Peripheral Facial Paralysis.*** J Chin Med. 2007. 84: 1-19.
32. Wiseman N, Feng Y: ***A Practical Dictionary of Chinese Medicine.*** 1998. 2nd Ed. Paradigm Publications. pp 76, 679-680.
33. Beijing University of Traditional Chinese Medicine (Editor): ***Traditional Chinese Internal Medicine.*** 2000. Academy Press [Xue Yuan]. Ch 4, pp 528-556.
34. Muzhi Y (Editor), Zhaoguo L (Translator): ***Yellow Emperor's Canon of Medicine. Plain Conversation.*** 2005. Xi'an World Publishing Corporation. Vol II, Ch 42, pp 505-511.
35. Ibid. Vol I, Ch 29, pp 389.
36. Ibid. Vol II, Ch 60, pp 645-647.
37. Beijing University of Traditional Chinese Medicine (Editor): ***Basic Theories of Traditional Chinese Medicine.*** 2006. Academy Press [Xue Yuan]. Ch 6, pp 196-199.

38. Muzhi Y (Editor), Zhaoguo L (Translator): ***Yellow Emperor's Canon of Medicine. Plain Conversation.*** 2005. Xi'an World Publishing Corporation. Vol I, Ch 5, pp 57-81.
39. Ibid. Vol II. Ch 39, pp 473-483.
40. Zuo Y (Compiler in chief), Zhongbao Z, Yezhong H, Jinwen T, Zhaoguo L (Translators). A Newly Compiled Practical English-Chinese Library of Traditional Chinese Medicine: ***Chinese Acupuncture and Moxibustion.*** 2002. Publishing House of Shanghai University of Traditional Chinese Medicine. Ch 5, pp 299-300.
41. Stux G, Berman B, Pomeranz B: ***Basics of Acupuncture.*** 2005. 5th Ed. Springer. Ch 6, pp 299.
42. Ross J: ***Acupuncture Point Combinations: The Key to Clinical Success.*** 2005. Churchill Livingstone. Ch 32, pp 426.
43. Maciocia G: ***The Foundations of Chinese Medicine, A Comprehensive Text for Acupuncturists and Herbalists.*** 2005. 2nd Ed. Elsevier Churchill Livingstone. Ch 52, pp 819-837.
44. Unschuld PU (Translator): ***Nan-Ching: The Classic of Difficult Issues.*** 1986. University of California Press. Ch 27, pp 322.
45. Ibid. Ch 28, pp 327-328.
46. Jing-Nuan W (Translator): ***Ling Shu or The Spiritual Pivot.*** 1993. University of Hawai'i Press. Ch 65, pp 213.
47. Ibid. Ch 18. pp 90-93.
48. Muzhi Y (Editor), Zhaoguo L (Translator): ***Yellow Emperor's Canon of Medicine. Plain Conversation.*** 2005. Xi'an World Publishing Corporation. Vol I, Ch1, pp 3-15.
49. Unschuld PU (Translator): ***Nan-Ching: The Classic of Difficult Issues.*** 1986. University of California Press. Ch 28, pp 327.
50. Maciocia G: ***The Foundations of Chinese Medicine, A Comprehensive Text for Acupuncturists and Herbalists.*** 2005. 2nd Ed. Elsevier Churchill Livingstone. Ch 53, pp 873.
51. Deadman P, Al-Khafaji M, Baker K: ***A Manual of Acupuncture.*** 1998. Journal of Chinese Medicine Publications. Ch 1, pp 21-23.

52. Unschuld PU (Translator): ***Nan-Ching: The Classic of Difficult Issues.*** 1986. University of California Press. Ch 29, pp 333.
53. Muzhi Y (Editor), Zhaoguo L (Translator): ***Yellow Emperor's Canon of Medicine. Plain Conversation.*** 2005. Xi'an World Publishing Corporation. Vol II, Ch 63, pp 695.
54. Deadman P, Al-Khafaji M, Baker K: ***A Manual of Acupuncture.*** 1998. Journal of Chinese Medicine Publications. Ch 18, pp 527-531.
55. Jing-Nuan W (Translator): ***Ling Shu or The Spiritual Pivot.*** 1993. University of Hawai'i Press. Ch 21. pp 99.
56. Deadman P, Al-Khafaji M, Baker K: ***A Manual of Acupuncture.*** 1998. Journal of Chinese Medicine Publications. Ch 11, pp 320-322.
57. Ibid. Ch 10, pp 233-234.
58. Daniel W. ***Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud.*** 1993. Limusa. 3ª Edición. pp 198-202.
59. Archivo Clínico. Clínica de Acupuntura de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía. IPN.