



TRATAMIENTO CON LA ACUPUNTURA DE LA PARÁLISIS FACIAL Y SU RELACIÓN CON LAS ESTRUCTURAS ANATÓMICAS

Autores: Humberto Torres Martínez ¹, Alexi Domínguez Fabars², Katia Miyares Quintana ³

¹ Estudiante de sexto año de medicina. Interno Vertical de Anatomía Humana, humberto.torres@nauta.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina No1. Calle Carretera del Morro No 482 entre 11 y 9 Rpto. Veguita de Galo.

² Licenciado en Biología. Máster en Medicina Natural en la atención Integral al apaciente. Profesor Auxiliar de Embriología Humana. Investigador Agregado. aadominguez@infomed.sld.cu. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina No1. Calle No77 alto entre 7 y 9 Rpto. Asunción.

³Dra. En medicina. Especialista de primer grado en Anatomía Humana. Máster en Medicina Natural y Tradicional. Profesora Auxiliar. miyares.quintana@infomed.sld.cu Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Facultad de Medicina No1. Calle 6ta No 65 entre E y F Rpto. Sueño.

Resumen

Introducción: La parálisis facial periférica es una disfunción del VII par craneal que provoca la incapacidad de controlar los músculos faciales por las alteraciones anatómicas que causa, por afectación a nivel infranuclear, teniendo consecuencias psicológicas y funcionales en el paciente. Existen numerosos tratamientos convencionales para aliviar o tratar de erradicar esta entidad, dentro de ellas podemos citar el tratamiento con acupuntura, técnica esta de la medicina natural y tradicional. **Objetivo:** Profundizar en la parálisis facial, teniendo en cuenta las alteraciones anatómicas y su tratamiento con medicina Natural y Tradicional. **Desarrollo:** Las parálisis faciales presenta alteraciones anatómicas que provocan numerosas afecciones en la motricidad facial, en las que se encuentran la inmovilidad facial en mímica voluntaria, emotiva y refleja, cara inexpresiva con frente lisa, lagoftalmos más ausencia de parpadeo reflejo lesiones córnea y conjuntiva, epífora por parálisis mm Horner y descenso extremo externo de ceja más comisura labial. **Conclusiones:** La parálisis facial ocasiona alteraciones en la morfología de la cara, evidenciándose en los signos y síntomas de los pacientes que la padecen. La acupuntura ayuda indudablemente como método de tratamiento.

Palabras Clave: parálisis facial, alteraciones anatómicas, acupuntura



INTRODUCCIÓN

La parálisis facial periférica es una disfunción del VII par craneal que provoca la incapacidad de controlar los músculos faciales, por afectación a nivel infranuclear, teniendo consecuencias psicológicas y funcionales en el paciente.

Los pacientes con parálisis facial periférica pueden presentar síntomas que van desde la asimetría en el reposo, el cierre ocular incompleto, la hipomotilidad de los músculos faciales, la dificultad en la alimentación y la disminución del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua. En adición a los problemas funcionales, estos pacientes pueden experimentar consecuencias psicosociales.

Ambos pueden tener un impacto importante en la calidad de vida. De acuerdo con la etiología, predomina la forma idiopática o de Bell (Sir Charles Bell, 1821), con una incidencia anual que varía entre 30 a 40 por cada 100.000 habitantes en la población general¹.

En la mayoría de los casos es autolimitada, no progresiva, aguda, unilateral y, por lo general, con una remisión absoluta. Existen otras etiologías: congénitas, neoplásicas, inflamatorias, infecciosas y traumáticas, que se deben excluir antes del diagnóstico. No hay diferencia en la afectación por género (ligera tendencia en mujeres menores de 20 años) o lateralidad. Se han descrito numerosas clasificaciones para la evaluación clínica de la parálisis facial, siendo la más utilizada y aceptada la de House-Brackmann (HB). (ver anexo1) Tabla 1.

El tratamiento en los casos de parálisis de Bell se basa fundamentalmente en la administración de corticoides, antivirales, kinesiología y protección ocular^{2,3}. Ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis demostraron que el tratamiento con corticoides dentro de las 72 horas posteriores al inicio de la parálisis, mejoró significativamente la probabilidad de recuperación completa. Además, el tratamiento con antivirales no tuvo un efecto significativo, aunque esto sigue siendo un tema un tanto controvertido^{3,5}. En caso de ser producida por otras etiologías el tratamiento estará destinado a la patología de base, ya sea con tratamiento médico o quirúrgico, siendo este último una herramienta útil para las secuelas.

La resolución espontánea completa es aproximadamente del 70%, entre los 2 y 6 primeros meses en los pacientes con parálisis facial completa, y hasta de un 94% en pacientes con parálisis facial incompleta. Diversos estudios reportan, además, que el 83% de los pacientes tratados con corticoides recuperan la función del



nervio facial a los 3 meses en comparación con 63% de los pacientes que reciben placebo.^{2,3}

Existe un consenso general que sugiere que entre más joven es el paciente mayor es la tasa de recuperación. En un estudio, los niños menores de 14 años presentaron una tasa de recuperación del 90%, mientras que entre los 15 y los 29 años de edad la misma fue del 84%.⁵

Dentro de los traumatismos craneales se suelen acompañar de forma más frecuente de esta lesión nerviosa las heridas penetrantes de parótida y oído medio, heridas por arma de fuego o explosión, barotrauma, las fracturas faciales, del hueso temporal y basicraneales.⁶ Hay que destacar también las de causa yatrogénica debido, principalmente, a intervenciones quirúrgicas próximas al nervio, generalmente en el curso de la cirugía del oído medio⁷.

Las traumáticas constituyen la segunda causa de la parálisis facial periférica y representan del 8% al 23% de todos los casos. Una mención especial merece las parálisis asociadas al parto, puesto que un 9% de los afectados la presentarán de forma permanente. Existen factores predisponentes-etiológicos tanto intrauterinos como extrauterinos. Entre estos últimos destacan la condición de primípara de la madre, tener niño macrosómico o la utilización de fórceps⁸.

Existen numerosos tratamientos convencionales para aliviar o tratar de erradicar esta entidad, dentro de ellas podemos citar el tratamiento con acupuntura, técnica esta de la medicina natural y tradicional; que abordaremos más adelante en el desarrollo.

El impacto socioeconómico y las secuelas que puede ocasionar la parálisis facial periférica hacen que sea un tema de interés, destacándose la necesidad de obtener un mejor diagnóstico y tratamiento. Por lo que nos hacemos la siguiente interrogante, ¿Constituye la parálisis facial un problema de salud? ¿Es eficaz su tratamiento con la medicina natural y tradicional?

Gran parte de las personas que padecen de parálisis facial quedan con secuelas físicas y psicosociales que afectan la calidad de vida de los pacientes. Aunque se ha demostrado que existe una tendencia a aumentar en determinadas épocas del año, se ha descrito su aparición en brotes epidémicos, razón por la cual se ha sido una motivación importante para la realización de esta investigación.

OBJETIVO

Profundizar en la parálisis facial, teniendo en cuenta las alteraciones anatómicas y su tratamiento con medicina Natural y Tradicional.



DESARROLLO

Osteología del Viscerocráneo:

La cara, faz o viscerocráneo se sitúa caudalmente en la mitad anterior del cráneo. Este conjunto óseo se compone de maxilar, compuesto a su vez por doce huesos pares y uno impar, y mandíbula, compuesto por un solo hueso. Consideraremos el maxilar como un macizo óseo unido entre sí por sinartrosis, todo él subcutáneo, y que construye la totalidad de los relieves de la parte superior del rostro. Los huesos más relevantes del macizo facial son el maxilar, el malar o cigomático y el conjunto de huesos nasales. ⁹

- Maxilar
- Malar
- Huesos nasales
- Mandíbula

Miología del Viscerocráneo

- Orbicular de los ojos
- Superciliar de los ojos
- Piramidal de la nariz o "Procerus"
- Músculo nasal

Músculos Mímicos

- Obturador de los labios o "orbicularis orbis".
- Buccinador
- Cigomático mayor.
- Cigomático menor.
- Risorio.
- Elevador del labio superior.
- Elevador del ángulo de la boca.
- Depresor del ángulo de la boca.
- Depresor del labio inferior.
- Músculo mentoniano, borla de la barba o mentalis.
- Cutáneo del cuello.
- Músculos Masticatorios (Ver anexo 1)

El área subcutánea de masticación está compuesta por: el masetero (1), el temporal (2) los pterigoideos (3) y el medial (4)

- Masetero (1).
- Temporal (2).
- Pterigoideo lateral (3).
- Pterigoideo medial (4).



Como se puede constatar la región facial está compuesta por huesos y músculo de gran importancia para la realización de actividades cotidianas, por lo que una alteración en unas de estas estructuras, principalmente a nivel muscular ya sea de origen neural se vieran comprometidas la ejecución normal de dichas actividades. Dentro de estas afecciones se encuentra la parálisis facial de la cual abordaremos seguidamente.

Parálisis facial

Las parálisis faciales provocan numerosas alteraciones en la motricidad facial: (ver anexo 2)

1. Inmovilidad facial en mímica voluntaria, emotiva y refleja.
2. Cara inexpresiva. Frente lisa.
3. Lagofthalmos + ausencia parpadeo reflejo lesiones córnea y conjuntiva.
4. Epífora por parálisis mm Horner.
5. Descenso extremo externo ceja + comisura labial.

Signos

- ❖ Signo de Bell
- ❖ Signo del desnivel pupilar de Negro
- ❖ Signo de Pitres
- ❖ Signo del techo de Froment: oclusión retardada e incompleta en lado afecto cuando paciente cierra ojos mirando al techo.
- ❖ Signo del guiño de Collet: en el guiño rápido, el ojo del lado enfermo se abre de forma más rápida y completa, y permanece más abierto.
- ❖ Signo de Watemberg: cerrar ojos con fuerza, y con los pulgares tratamos de elevar párpados superiores. Diferencia tonicidad mm paralizados.^{10,11,}

Alteraciones reflejas

- a) Parálisis orbicular à imposibilidad cierre párpados. Abolición de:
 - Reflejo frontopalpebral de McCarthy.
 - Reflejo cocleopalpebral
 - Reflejo del guiño a la amenaza
 - Reflejo óptico-palpebral o de deslumbramiento.
 - b) Parte inferolateral cara, reacciones motrices normales desencadenadas por cosquilleo en labios, pirámide nasal o CAE, no se objetivan en lado paralizado.
 - c) Reflejo nasofacial de Weill: al tocar mucosa nasal se produce enrojecimiento cara y conjuntivas, y aumento lagrimeo.
- Alteraciones sensitivas y sensoriales
- ❖ Sensibilidad táctil, térmica y dolorosa piel y mucosas lado afecto es normal.
 - ❖ Hipoestesia zona Ramsay- Hunt en herpes zóster ótico.



- ❖ 80% disminución sentido gusto (1/3 lo notan).
- ❖ Hipoestesia en 2/3 anteriores lengua a lesión cuerda del tímpano.
- ❖ 50% pueden referir parestesia cara, pinchazos y dolor oído. Relación con gravedad PF.
- ❖ 20% sensación anestesia lado afecto (++ extremo externo labio superior y comisura).
- ❖ Insuficiencia respiratoria nasal fosa lado lesionado, por afectación mm dilatadores ala nasal. ^{14,15,16}

Diagnóstico topográfico (ver anexo 3)

Secreción lagrimal

- ❖ Función componente PS. Primer codo a nervio petroso superficial.
- ❖ Prueba de Schirmer a - secreción lado paralizado (<25%)

Reflejo mm estribo

- ❖ Técnicas impedanciometría. Determinación cambio súbito compliancia relativa oído medio.
- ❖ Requiere integridad arco reflejo, no hipoacusia importante, vías cocleares y tímpano íntegros.
- ❖ Su presencia o reaparición. ^{12,13,14}

Como se ha contemplado la parálisis facial deja secuelas que alteran y comprometen la morfofisiología facial en ciertas regiones de la cara, en éstas últimas existen puntos acupunturales llamados puntos faciales de los meridianos Yang; los cuales son utilizado en la terapéutica con acupunturas, como podrán observar posteriormente.

La acupuntura (del latín acus: aguja, punctura: punzar) es el nombre que se ha dado al proceder terapéutico chino Tshen-Ziii, que consiste en la aplicación de agujas muy finas en determinados puntos de la piel, siguiendo el trayecto de los canales de energía. (Anexo10). El tratamiento por acupuntura data desde la Edad de Piedra, cuando los hombres de esa época inventaron los cuchillos rústicos y otros instrumentos para satisfacer las necesidades de la producción. Su método más primitivo pudo estar representado por el binn, que significa piedra usada para tratar enfermedades. Constituye uno de los pilares de la medicina tradicional asiática. Al médico Ji Pa se le atribuye el primer libro que trata la acupuntura en forma exhaustiva, el Nei-King que aborda la semiología, clínica, y el tratamiento con agujas. ¹⁵

De forma general, los efectos de la acupuntura según la naturaleza de su acción, ocasiona efectos analgésicos y no analgésicos a través de estructuras como la médula espinal, el tallo cerebral y el diencefalo, desencadenando acciones reguladoras y neurohumorales. Entre los efectos analgésicos está la desactivación



de los puntos gatillo (triggerpoint) y la modulación del dolor. Los efectos no analgésicos son: rehabilitación, la cicatrización, modulación autonómica e inmunomodulación entre otros.¹⁶

Cuadro clínico de la parálisis facial periférica de Bell.

La parálisis facial periférica de Bell no tiene una etiología exacta. La sintomatología se manifiesta de forma repentina y puede llegar en unas horas a una fase muy avanzada. Algunas personas pueden sentir antes de instalarse el cuadro clínico ligero dolor en el oído medio o en la región mastoidea y perciben la desviación de la comisura labial de la hemicara afectada al lavarse la cara o enjuagarse la boca por la mañana.^{17,18}

Sintomatología Hemicara superior: dilatación del canto del lado afectado, disfunción del cierre palpebral, blefaroptosis, desviación del globo ocular hacia arriba al intentar cerrar el ojo (signo de Bell). Además, por la debilidad del músculo orbicular del cierre del párpado se observa lagrimeo incesante que causa hiperemia conjuntival y secundariamente al estar expuesto el globo ocular se pueden producir diferentes grados de lesión de la córnea.¹⁸

Hemicara inferior: la comisura labial se inclina hacia al lado no afectado, lo que se evidencia o se acentúa especialmente al reír; en los casos graves se puede observar una disfunción del cierre de los labios, ptosis de la comisura del lado afectado. Al comer, los alimentos se acumulan dentro de la mejilla afectada y al beber, el líquido sale por la boca del lado afectado. Al silbar o soplar, se observará la disimetría de la cara y al hablar, la pronunciación resulta vaga.¹⁸

Otros signos y síntomas: Debido a la parálisis de los músculos de la expresión facial del lado afectado, la cara parece inexpresiva, las arrugas frontales y del surco labio-nasal disminuyen, hay hipogeusia, hiperacusia y disminución de la secreción salival. A veces cuando el paciente se emociona o se pone nervioso, los músculos faciales paralizados se contraen de forma involuntaria (tic).¹⁸ (Anexo 5)

Diagnóstico Principalmente es necesario diferenciar la parálisis de Bell de otras patologías que pueden provocar afectación periférica de los nervios faciales, por ejemplo la otitis media, herpes zóster del oído interno, parotiditis, tumor de parótida, neurinoma del oído, linfoma, carcinoma nasofaríngeo, etcétera.^{20,21} La mayoría de estas patologías pueden provocar una parálisis facial por comprimir, infiltrar o lesionar los nervios faciales, y evolucionan lentamente dañando especialmente los nervios faciales. Además, la parálisis de nervios craneales por patologías del cerebro no solo se limita a la parálisis de músculos faciales, sino que se acompaña en muchos casos de una limitación de movimientos, trastornos sensitivos o de la coordinación de las extremidades del lado contrario a la lesión del nervio facial.¹⁹



Diferenciación de síndromes

La parálisis facial se denomina en términos de Medicina Tradicional China como "inclinación de boca y ojos" o también "desviación de la boca", y está provocada por el viento. Los médicos antiguos la atribuyeron al "ataque de viento"; es decir, que este elemento, después de invadir el cuerpo humano, se bloquea en los meridianos provocando stasis de Qi y sangre, por lo cual se produce un déficit nutricional a nivel de los músculos y de la piel, lo que se manifiesta en los síntomas descritos anteriormente.¹⁸

Tratamiento acupuntural de la parálisis facial periférica de Bell.

La acupuntura es una de las medidas que puede servir de gran ayuda para acelerar la recuperación de esta enfermedad sirviendo de complemento al tratamiento farmacológico. Si se comienza a administrar dentro de las 2 primeras semanas, contribuye a restablecer la función de los músculos afectados.¹⁸

El tratamiento se basaría en expulsar al agente patógeno viento y restaurar la circulación sanguínea en la zona.¹⁸

Las agujas que se utilizan son muy finas y de tamaño adecuado a la zona que se puntura, la forma más común de aplicar la técnica es a través de su introducción 1.5 cun, oblicuas con respecto a la piel. (Anexo 4). Por lo general no resulta doloroso, aunque puede surgir algún pequeño hematoma superficial que se resolverá en pocos días.¹⁹

Según las fuentes y las experiencias de los médicos antiguos, se pueden sintetizar de la siguiente forma:¹⁸

- 1) Los puntos de experiencia de los antepasados consisten en los puntos faciales de los meridianos Yang.
- 2) Por las mejillas recorre principalmente el meridiano Yang Ming del pie, meridiano del estómago.

Por eso, dentro de los meridianos Yang los puntos del meridiano del estómago son fundamentales para el tratamiento. El presente protocolo para la combinación de los puntos se remonta a la teoría del Neijing (Clásico de Medicina Interna), y es la base para tratar la parálisis facial con acupuntura; antes de la dinastía Ming se aplicaba generalmente la moxibustión en el tratamiento, mientras que ahora se obtienen resultados similares con la acupuntura en la práctica clínica.^{20,21}

Prescripción.



Los puntos principales son los del meridiano estómago y del meridiano intestino grueso. Los suplementarios: E6, E4, E7, E2, VB20, VB14, SJ23, IG4 y los del meridiano Taiyang del pie y meridiano de la vesícula biliar. ^{20,21,22}

Meridiano del estómago. En su recorrido se relaciona con: La cara lateral de la nariz, el canto interno, el borde orbital inferior, encía y dientes de la arcada superior, boca, surco mentolabial, mejilla, mandíbula, articulación temporomandibular, trago, extremo lateral de la frente, garganta, cuello, fosa supraclavicular, clavícula, pecho, pezón, diafragma, m. recto anterior del abdomen, pubis, muslo, m. sartorio, rodilla, cresta tibial anterior, garganta del pie, dorso del pie, segundo y tercer artejo y cara medial del dedo grueso.

Meridiano del Intestino Grueso En su recorrido se relaciona con el lado radial del dedo índice y del segundo metacarpiano, tabaquera anatómica, cara dorsal del brazo y antebrazo, codo, hombro, borde anterior del acromion, séptima vértebra cervical, fosa supraclavicular, pulmón, diafragma, colon, cuello, mandíbula, encía y dientes de la arcada inferior, labio superior y cara lateral de la nariz. El protocolo de tratamiento consiste principalmente en los puntos situados en la zona afectada a los cuales se añaden entre cuatro y ocho puntos distales o complementarios por cada sesión, para que desbloqueen los meridianos del estómago y de la vesícula biliar, eliminen el viento, regulen el Qi, la sangre, el Yin y el Yang, nutran y calienten los músculos y tendones. ²²

Puntos complementarios según los síntomas:(25, 26, 27)

- Imposibilidad de elevar las cejas: V2.
- Surco naso-labial plano: IG20.
- Dolor mastoideo: SJ17.
- Desviación del surco naso-labial: DU26.
- Surco mento-labial inclinado: REN24.
- Lengua adormecida y ageusia: E24. Localización de los puntos esenciales para el tratamiento.
- Intestino Grueso Hegu (IG4). Localización: Entre el primero y el segundo metacarpiano, a nivel de la mitad del segundo metacarpiano en su borde radial. Al poner el pliegue transversal de la primera articulación del pulgar de una mano en el borde de la membrana entre el pulgar e índice de la otra mano con una posición coincidente, la punta del índice llega donde está el punto.
- Intestino Grueso Yingxiang (IG20). Localización: En la extremidad superior del pliegue nasogeniano, al lado del ala de la nariz en la misma línea.



- Hígado 3 Taichong (H3). Localización: En la depresión distal en la unión del primero y segundo metatarsiano.
- Estómago 2 Se Paé (E2). Localización: Con la mirada al frente, inmediatamente debajo de la pupila, en la depresión del agujero infraorbitario
- Estómago 4 Ti Tsang (E4). Localización: Con la mirada al frente, debajo de la pupila 0,4 cun lateralmente hacia la comisura labial.
- Estómago 6 TsiaTché (E6). Localización: El ancho de un dedo por delante y por encima del ángulo de la mandíbula; con la mandíbula firmemente cerrada, en el punto más elevado del músculo masetero. ²⁰
- Estómago 7 Xiaguan (E7). Localización: En la depresión inferior al borde del arco cigomático y anterior al cóndilo de la mandíbula. Se debe localizar el punto cuando el paciente tiene la boca cerrada. ²¹
- Estómago 24 JuaRiuMen(E24). Localización: 1 cun por encima del ombligo, 2 cun lateralmente hacia la línea media anterior.¹⁹
- Estómago 40 Fenglong (E40) Localización: A 8 cun por arriba del maléolo externo y un dedo transversal hacia afuera de tiaokou (E38).
- Vasogobernador26Renzhongo Shigou(VG26) Localización: en la línea media del labio superior.
- Vejiga 2 TsoanTchoub (V2) Localización: En la depresión del extremo interno de la ceja, en la incisura frontal. Técnicas de manipulación.^{23,24}

La profundidad de la punción depende de cada caso particular: o VB20: Introducción de la aguja perpendicularmente con una profundidad de aproximadamente 0,8 pulgada. o E4: Introducción oblicua con 1,5 pulgada de profundidad hacia el punto E6. o IG4: Introducción en sentido contrario a la zona afectada. o SJ17: Inserción perpendicular y 1 pulgada de profundidad. En personas de constitución delgada y niños se utiliza menos profundidad para evitar lesiones. ²³

Técnicas principales. ^{23,24}

- a) Introducción lenta y extracción rápida (tonificación); introducción rápida y extracción lenta (dispersión).
- b) Introducción orientando la aguja en el sentido de la circulación del meridiano (tonificación); introducción con orientación de la aguja en contra del sentido de circulación del meridiano (dispersión).



Además, se practica la rotación: Después de obtener el efecto del Qi en una determinada profundidad, se saca y se introduce la aguja verticalmente, luego se aplican las técnicas de tonificación y dispersión, lo cual depende de la edad, la constitución física y el grado de afectación por la patología. ²⁵

En los pacientes jóvenes con forma física fuerte se aplica la técnica de dispersión para eliminar las etiologías externas. Cuando se trata de personas de edad avanzada, mujeres o niños, por la insuficiencia del sistema inmunitario y el acceso del factor externo, primero hay que aplicar la dispersión para eliminar la etiología externa, luego la tonificación. ²⁵

Después de realizar las manipulaciones, se pueden dejar puestas las agujas durante 20-30 minutos en pacientes de constitución fuerte; en personas débiles o niños generalmente no se dejan las agujas puestas una vez practicadas las manipulaciones. ²⁵

La decisión sobre el uso y la selección de las manipulaciones puede determinar directamente el efecto terapéutico. Se han reportado algunos cambios que ocurren en el punto al colocar las agujas, como son: elevación de la piel en forma de una pápula, halo eritematoso alrededor, aumento de la temperatura local y de la circulación por congestión activa, cambios en la disposición de las macromoléculas, intracelular e intravascular, las cuales se cargan eléctricamente y pueden después producir efectos a distancia, cambios en la permeabilidad de las membranas y el intercambio iónico, así como en la carga bioeléctrica de los puntos. Algunos autores consideran la acupuntura como una forma de reflexoterapia. ^{24, 25}

Beneficios y ventajas. ^{24, 25}

1. No es doloroso ni requiere un proceso de recuperación.
2. Estimula y restablece la salud y la armonía de órganos internos.
3. No produce secuelas.
4. Los resultados se pueden ver pronto. Lo ideal es tener un tratamiento de 10 sesiones, por lo que el cambio y la mejoría se aprecian luego de la mitad.
5. Al rejuvenecer naturalmente, la expresión del rostro se suaviza y no cambia ni se deforma, por lo que es una buena alternativa a la cirugía estética.
6. Ayuda a reparar funcionalmente al nervio.
7. Los efectos colaterales positivos pueden incluir aumento de energía, pérdida de peso, disminución de la ansiedad y mejorar la digestión. ²⁵



Dificultades en la aplicación. ^{24, 25}

El inconveniente principal que se encuentra y que reduce la efectividad del tratamiento con acupuntura, es que los pacientes normalmente acuden cuando ya han transcurrido varias semanas desde que se produjo el cuadro clínico, siendo prácticamente inviable administrar protocolos de tratamiento ideales con sesiones diarias o en días alternos.

Un protocolo de tratamiento ideal se iniciaría en las 2 primeras semanas, principalmente de 24 a 48 horas después de presentarse los síntomas y constaría, por ejemplo, de un ciclo de tratamiento de unas 7 a 10 sesiones con frecuencia diaria o en días alternos, un período de descanso de una semana, y repetición de otro ciclo de tratamiento si fuera necesario.

Esto no quiere decir que en condiciones diferentes no podamos obtener ningún beneficio con la acupuntura. Iniciando el tratamiento después de las 2 primeras semanas y con una frecuencia de 1 a 2 sesiones semanales también es posible favorecer la recuperación del cuadro. Lo que sí es cierto es que cuanto más tiempo transcurra, menores serán los efectos.

CONCLUSIONES

La parálisis facial ocasiona alteraciones en la morfología de la cara, evidenciándose en los signos y síntomas de los pacientes que la padecen. La acupuntura según los términos de la ciencia experimental ayuda indudablemente a establecer una conexión con la biomedicina y facilitar de esta manera, su aceptación como tratamiento terapéutico. Los puntos acupunturales que se utilizan en la parálisis facial han demostrado ser efectivos como método de tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Plumbaum K, Volk G, Boeger D, Buentzel J, Esser D, Steinbrecher A, et al. Inpatient treatment of patients with acute idiopathic peripheral facial palsy: A population-based healthcare research study. Clin Otolaryngol 2017 Mar 10.
2. Yılmaz U, Çubukçu D, Yılmaz T, Akinci G, Ozcan M, Güzel O. Peripheral Facial Palsy in Children. Journal of Child Neurology 2014, Vol. 29(11) 1473-1478.
3. Vakharia K, Vakharia K. Bell's Palsy. Facial Plast Surg Clin N Am 24 (2016) 1-10. REVISTA FASO AÑO 25 - Nº 1 - 2018 13
4. Youshani A, Mehta B, Davies K, Beer H, De S. Management of Bell's palsy in children: an audit of current practice, review of the literature and a proposed management algorithm. Emerg Med J 2015;0:1-7.
5. Reginald F. Baugh, Gregory J. Basura, Lisa E. Ishii, Seth R. Schwartz, Caitlin Murray Drumheller, Rebecca Burkholder, et al. Clinical Practice Guideline: Bell's Palsy. Otolaryngology Head and Neck Surgery 2013 149: S1.



6. Sunderland S. A classification of peripheral nerve injuries producing loss of function. *Brain* 1951;74(4):491–516.
7. Becker W. Otorrinolaringología. Manual ilustrado. Barcelona: Ediciones Doyma,, 11-12y (1992), pp. 98-102
8. Sapin SO, Miller A, Bass HN. Neonatal asymmetric crying faces: a new look at an old problem. *Clin Pediatr* 2005;44:109–19.
9. Alfaro L., Luis .Atlas de patología de los maxilares. Pie de Imprenta: Madrid : Ripano, 2011.
10. Peitersen E. Bell's Palsy: The spontaneous course of 2500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol* 2002; 549.
11. Ushio M, Kondo K, Takeuchi N, Tojima H, Yamaguchi T, Kaga K. Prediction of the prognosis of Bell's palsy using multivariate analyses. *Otol Neurotol* 2007; 29.
12. Grosheva M, Wittekindt C, Guntinas- Lichius O. Prognostic value of electroneurography and electromyography in facial palsy. *Laryngoscope* 2008; 118:398.
13. Maños Pujol M, González Compta X, Doménech Juan I. Exploración funcional del nervio facial. En: Suárez C, Gil- Calcedo, Marco J, Medina JE, Ortega P, Trinidad J, eds. Tratado de otorrinolaringología y Cirugía de cabeza y cuello. Tomo 2. Madrid: Ed. Medica Panamericana; 2007.
14. Trujillo M, Otología y Otoneurología. Imagen diagnóstica. Capítulo 9. Nervio facial. *Ars Medica*; 2006.
15. Wikipedia. Acupuntura (acceso a la página el 19/04/2020 <https://es.wikipedia.org/wiki/Acupuntura>)
16. Fundamentos teóricos para la práctica clínica de la acupuntura. Libro del Tao Te King. 4 mayo 2019. <https://lacupuntura para la salud.com>>...
17. Ask Mayo Expert. Bell palsy. Rochester, Minn.: Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2017.
18. Ferri FF. Bell palsy. In: Ferri's Clinical Advisor 2018. Philadelphia, Pa.: Elsevier; 2018. <https://www.clinicalkey.com>. Accessed Feb. 13, 2018.
19. Bell's palsy fact sheet. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. http://www.ninds.nih.gov/disorders/bells/detail_bells.htm. Accessed Feb. 13, 2018.
20. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba. Por redacción MINSAP. Acupuntura y técnicas afines: más allá del alivio del dolor. Publicada 13 de febrero de 2020.
21. Mendoza Sierra, A.I. y cols. Tratamiento con acupuntura en pacientes afectados por parálisis facial periférica. ISSN 1560-4381. *CCM* 2015; 19 (3).Pág 441-452.
22. Revista Médica Clínica Las Condes. Acupuncture and pain. Volume 30, Issue 6, November-December 2019, Pages 487-493. <https://doi.org/10-1016/j.rmcl.2019.11.001>
23. Mayo Clinic. Acupuntura. 3 mar.2020. <https://www.mayoclinic.org/about>



24. Arango-Vélez. Medicina Integrativa: efectos de la acupuntura y su aplicación. 2015. www.scielo.org.co/cesm
25. Tao Te King. Fundamentos teóricos para la práctica de la acupuntura. 4 mayo 2019. <https://acupuntura para la salud.com>

Anexos

Anexo 1



Músculos Masticatorios facial

Anexo 2



Alteraciones en la motricidad

Anexo 3



Diagnóstico topográfico

Anexo 4



acupuntura en parálisis facial

Anexo 5



Signo de Bell