



Revista Internacional de
Acupuntura

www.elsevier.es/acu



Original

Tratamiento combinado de acupuntura y terapia manual en un caso crónico de parálisis del nervio circunflejo y radial



Tomás Tegiacchi* y Marcelo Tegiacchi

Clínica Médica Alguersuari, Sabadell, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de febrero de 2016

Aceptado el 18 de abril de 2016

On-line el 7 de mayo de 2016

Palabras clave:

Acupuntura

Terapia manual

Nervio circunflejo y radial

R E S U M E N

La lesión del nervio circunflejo y radial es frecuente dentro de las patologías neurológicas en los deportes de contacto. En este artículo se presenta el caso de un paciente de 56 años afectado de neuropatía del nervio axilar y radial por luxación glenohumeral de más de 2 años de evolución combinando un tratamiento de fisioterapia y acupuntura con mejoras importantes de la función, el trofismo y el dolor a las 10 sesiones de tratamiento.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Combined acupuncture and manual therapy treatment in a case of chronic paralysis of the axillary and radial nerve

A B S T R A C T

An axillary and radial nerve injury is frequent among neurological pathologies in contact sports. The present article shows the case of a 56 year-old patient suffering from an axillary and radial nerve neuropathy due to a glenohumeral dislocation over the course of more than 2 years, with a combination of physiotherapy and acupuncture revealing major function, trophism and pain improvement after 10 treatment sessions.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El concepto de atrofia muscular aparece en el capítulo 44 de las *Preguntas sencillas* denominándose Wei Bi, y atañe a los músculos, tendones y meridianos y su marchitamiento¹.

Existen varios estudios que concluyen que la acupuntura es una herramienta útil en el tratamiento del dolor y la función del hombro comparando la acupuntura real con el placebo y la combinación de acupuntura y fisioterapia con fisioterapia únicamente². Además de los efectos sobre el dolor, la acupuntura permite estimular las parestesias y el déficit motor³.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tomasjtg@gmail.com (T. Tegiacchi).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.acu.2016.04.002>

1887-8369/© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

La parálisis del nervio circunflejo y radial es una de las lesiones neurológicas periféricas más comunes. Un estudio sobre 1.167 pacientes con neuropatías las clasifica como la segunda y la cuarta lesión más comunes, respectivamente⁴. Con relación al miembro superior, estas lesiones son las más comunes⁵. La luxación anterior glenohumeral corresponde a la causa principal de la lesión nerviosa en los deportes de contacto. En un estudio sobre 240 pacientes con luxación, más del 60% tenían secuelas neurológicas⁶.

El pronóstico es muy variable, aunque en la mayoría de los casos el cuadro revierte en menos de 4 meses. Un estudio sobre 101 casos de parálisis muestra que la alteración de la función se restablece en más de un 80% de los casos y solo 8 pacientes no mejoran⁷. El tratamiento de fisioterapia está indicado en la fase aguda del proceso⁸.

Descripción del caso

Varón de 56 años que consulta por atrofia, dolor e impotencia funcional de miembro superior derecho de más de 2 años de evolución. Como único antecedente refiere luxación anterior glenohumeral tras impacto al realizar motociclismo de trial.

Como tratamientos previos ha realizado 6 meses de rehabilitación funcional que consistía en electroterapia antiálgica, termoterapia y ejercicios activos con una mejora subjetiva personal no satisfactoria.

La exploración del paciente muestra signo de atrofia, fibrilaciones musculares en la zona deltoidea y dolor al final del movimiento de flexión, abducción y rotación externa. Para su cuantificación se usan las escalas de Oxford válidas para la valoración de la función muscular⁹ para la función del deltoides y los extensores radiales del carpo (siendo de 3+/5 y 0/5 el número de repeticiones hasta la fatiga al realizar flexión dorsal con un peso de 3 kg sin poder realizar ninguna repetición); la escala de Constant o Constant-Murley (que permite estudiar toda la función glenohumeral¹⁰ con un valor total de 56/100), así como la medición del diámetro braquial a nivel del hueco axilar (siendo de 25,8 cm del lado derecho y 32,1 cm del lado sano).

Se idea un tratamiento de electroacupuntura anatómica y se estimulan los puntos gatillo miofasciales presentes en la musculatura débil y atrofiada y puntos de paso del plexo braquial a nivel del cuello y la parte superior del tórax como puntos distales.

Se desarrolla el tratamiento según los criterios STRICTA (STandards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture)¹¹:

1. Tipo de acupuntura: se realiza combinación de acupuntura contemporánea usando conceptos anatómicos y fisioterapia.
2. Detalles de la punción: las agujas utilizadas son Nondolens® de 0,25 #x 40 mm (1,5 cun de longitud). Se utilizan siempre los mismos puntos siendo un total de 6, siempre unilateral sobre el lado afectado. Estos puntos son:
 - A. Una aguja en 12 E (Quepen).
 - B. Una aguja en 13 E (Qihu).

Tabla 1 – Comparación de los valores del examen del paciente en la exploración de la primera visita y al finalizar la última sesión

Ítems	Inicio del tratamiento	Final del tratamiento
Deltoides (Oxford)	3+/5	5/5
Exensores radiales (Oxford)	0/5	-5/5
Función (Constant)	57/100	92/100
Repeticiones a la flexión dorsal	0	> 10
Diámetro braquial (cm)	25,8	28,4

C. Una aguja en el centro del vientre muscular de deltoides anterior y una aguja en el centro del vientre muscular del deltoides posterior, conectados mediante electroacupuntura.

D. Una aguja en el centro del vientre muscular del extensor radial largo del carpo y una aguja en el centro del vientre muscular del extensor radial corto del carpo, conectados mediante electroacupuntura.

La estimulación manual de todos los puntos consiste en la búsqueda del *De Qi* y un tiempo de retención de 20 min. La estimulación eléctrica se realiza con el programa estándar 1 de baja frecuencia (1-5 Hz) durante 20 min con el electroestimulador ITO ES-160 e intensidad por debajo del umbral del dolor.

3. Tratamiento: las sesiones se efectúan de forma semanal, durante un total de 10.
4. Otros estímulos: al terminar la sesión de acupuntura se realiza una movilización pasiva con estiramientos del plexo braquial durante 10 min.
5. Practicantes: la realización íntegra del tratamiento ha sido a cargo de un fisioterapeuta acupuntor con revisión del caso al finalizar el tratamiento por un médico traumatólogo acupuntor.

Al finalizar el tratamiento, el paciente refiere una mejora significativa de la función del miembro afectado. El examen del paciente, usando los mismos parámetros, refleja un valor de 5/5 en deltoides y -5/5 en extensores radiales del carpo en la escala de Oxford; 92 puntos en la escala de Constant; > 10 repeticiones sin claudicación en la extensión radial con peso de 3 kg, y un diámetro del brazo afectado de 28,4 cm (tabla 1).

Discusión

En el momento de examinar a un paciente con una lesión de carácter crónico y/o inveterado pueden plantearse dudas, a priori, acerca de la efectividad del tratamiento que proponemos. En la práctica clínica de la acupuntura es muy frecuente la remisión clínica de patologías o cuadros sindrómicos que muchas veces están catalogados como irreversibles. Esto es especialmente frecuente en neuropatías periféricas. Quien tenga cierta experiencia en acupuntura estará de acuerdo con esto. Este es uno de tantos casos que mejoran con acupuntura, en este caso electroacupuntura anatómica. La estimulación local y segmentaria es un tratamiento de primer orden para tratar neuropatías periféricas. Debería escribir a

renglón seguido que se necesitan más estudios, etc., pero en realidad —como los resultados muchas veces son sorprendentes y los efectos colaterales de la práctica de la acupuntura son tan infrecuentes como mínimos— animo a los acupuntores a tratar este tipo de patología que suele ser muy agradecida con este tratamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Maciocia G. La práctica de la Medicina China. El tratamiento de enfermedades con acupuntura y fitoterapia china. Barcelona: Elsevier-Masson; 2009. p. 1229.
2. García Janeras A. Update de acupuntura. Rev Int Acupuntura. 2011;5:87-9.
3. Tegiacchi Schvets M, Tegiacchi Gelsi T. Presentación de un caso clínico: parestesia del nervio mentoniano tratado con electroacupuntura y nueva acupuntura craneal de Yamamoto. Rev Int Acupuntura. 2011;5:65-7.
4. Hirasawa Y, Sakakida K. Sports and peripheral nerve injury. Am J Sports Med. 1983;11:420-6.
5. Perlmutter GS. Axillary nerve injury. Clin Orthop Relat Res. 1999;368:28-36.
6. Atef A, El-Tantawy A, Gad H, Hefeda M. Prevalence of associated injuries after anterior shoulder dislocation: a prospective study. Int Orthop. 2015;40:519-24.
7. De Laat EA, Visser CP, Coene LN, Pahlplatz PV, Tavy DL. Nerve lesions in primary shoulder dislocations and humeral neck fractures. A prospective clinical and EMG study. J Bone Joint Surg Br. 1994;76:381-3.
8. Lorei MP, Hershman EB. Peripheral nerve injuries in athletes. Treatment and prevention. Sports Med. 1993;16:130-47.
9. Dawson J, Rogers K, Fitzpatrick R, Carr A. The Oxford shoulder score revisited. Arch Orthop Trauma Surg. 2009;129:119-23.
10. Arcuri F, Abalo E, Barclay F. Uso de escores para evaluación de la inestabilidad de hombro. Artroscopia. 2012;19:67-72.
11. MacPherson H, Altman DG, Hammerschlag R, Youping L, Taixiang W, White A, et al. Revised STAndards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): extending the CONSORT statement. PLoS Med. 2010;7:e1000261.