

Acupuntura abdominal (microsistema)

S. Aisemberg, R. Dejo Asiú

Sociedad Argentina de Acupuntura. Centro de Medicina Tradicional China. Buenos Aires. Argentina.

Introducción

La acupuntura abdominal está basada en el sistema del *Ba-guá* de los 8 trigramas. Se muestra eficaz para el tratamiento de dolencias crónicas y síndromes de deficiencia, que no se resuelven con otras técnicas de acupuntura. El tratamiento con acupuntura abdominal por el método del *Ba-guá* ofrece gran ventaja y facilidad, se utilizan pocos puntos, es una técnica indolora y de respuestas a corto plazo y puede ser utilizada en combinación con otras técnicas o micro-sistemas de la acupuntura.

Material y métodos

Se utilizan las agujas de acupuntura con un largo de acuerdo al pániculo adiposo de cada paciente. Se mues-

tran los resultados observados y lo manifestado por los pacientes.

Resultados

Los pacientes relatan cambios de sus molestias y/o disfunciones.

Conclusiones

La sencillez, la punción indolora y buena respuesta lo muestran como útil complemento de la terapéutica acupuntural.

Analgesia por estimulación eléctrica del pabellón auricular

R. Cobos Romana

Clínica del dolor. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Introducción

El tratamiento del dolor, en particular de dolores crónicos, sigue siendo en la actualidad uno de los desafíos planteados a la medicina. La importancia de los tratamientos alternativos ha crecido considerablemente, debido a que cada vez son más las personas que rechazan la terapia de fármacos en base a los posibles daños y efectos secundarios. Una excelente alternativa la ofrece la acupuntura aplicada en el pabellón auricular, conocida como auriculoacupuntura. Desde hace más de 25 años, hemos venido aplicando las técnicas de estimulación del pabellón auricular para el tratamiento del dolor crónico en la Clínica del Dolor del Hospital Universitario «Virgen del Rocío» de Sevilla (España). Esta técnica la valoramos en el contexto de un tratamiento integral del dolor. ¿Qué es la auriculoterapia? Un microsistema es un sistema de proyecciones, que representan todas las partes corporales en una reducida región anatómica. La acupuntura es

un sistema topográfico integral sobre todo el cuerpo. La auriculoterapia es un sistema topográfico proyectado sobre la superficie del pabellón auricular. La Medicina Tradicional China, en sus textos clásicos, admite que la oreja o el oído, son un enclave donde se reúnen los JingLuo o canales. El Dr. Paul Nogier nacido en Lyon, publica en 1940 el «Traité d'Auriculotherapie», primer texto de auriculoterapia y posteriormente crea el G.L.E.M. (Groupe Lyonnais d'Etudes Médicales). El origen de todas estas terapias, está basado en el empleo de las corrientes eléctricas terapéuticas, llamadas ondas cuadradas de baja frecuencia. Desde muy antiguo se vienen empleando los efectos de la electricidad para obtener analgesia, para ello se emplearon ciertos peces, como: a tembladera, el pez torpedo y el *melapterurus* (dentro de las familias de las anguilas). Todos tienen la capacidad de producir por mecanismos de inversión de polarización en fibras musculares no estriadas, gobernadas por gruesos nervios procedentes del encéfalo (por medio de electroplacas), fuer-

tes descargas, capaces de inmovilizar a otros animales. Scribonius, médico del emperador Claudio, empleaba dicho efecto, aplicado a sus pacientes, para tratar ciertos dolores articulares (gota) y cefaleas. En los siglos XVII y XVIII se sientan las bases de la teoría eléctrica de Galvani y Volta. En 1810 Louis Berlioz (1776-1848), aplica corrientes eléctricas sobre las agujas de acupuntura de sus pacientes. De la Sarlandiere emplea en 1825 corrientes eléctricas sobre agujas en el territorio del ciático y escribe el primer tratado de electro-acupuntura. En 1912, Perthes desarrolla el primer estimulador eléctrico para la estimulación selectiva de nervios y sus correspondientes músculos. 1921 E. A. Golden publica en el British Journal of Medicine el éxito de su tratamiento con electroacupuntura de un caso de neuritis.

Mecanismos de acción de la estimulación auricular

Todo está en la inervación de la oreja, dada la rica inervación del pabellón formada a expensas de: nervio auriculotemporal, de la tercera rama del V par, nervio occipital menor y ramos auriculares ascendentes de las raíces cervicales CII y CIII, ramas del facial y ramas del neumogástrico y glossofaríngeo. Todas las acciones de la estimulación auricular dependen de la inervación del pabellón y sus relaciones anatomo-funcionales.

Acciones fisiológicas

Actuando sobre los puntos de la oreja situados en las zonas de inervación del V par, el estímulo generado, actuará sobre:

- El tracto espinal del trigémino. Somatotopía corporal del núcleo oral y caudal alojado en la formación reticular tanto en su papel asociativo como receptivo, que a su vez recibe los estímulos aferentes periféricos que proporcionan un a somatotopía precisa. A este nivel se esparcen las vías del dolor (ascendentes y descendentes) y también las del mecanismo de homeostasis de todo el cuerpo.
- A nivel del núcleo mesencefálico. Posee una somatotopía exacta, conectada por la vía lemniscal al núcleo PosteroVentral Lateral del tálamo (VPL).
- A nivel del núcleo sensitivo principal. Que tiene igualmente una somatotopía que permite actuar sobre la FR asociativa y receptora (filtro primordial de las señales aferentes sensitivomotrices y sensoriales). A nivel de las conexiones del V par con el núcleo del tracto solitario (núcleos del VII, IX y X par), pertenecientes a la FR asociativa y receptora. Permitiendo la acción sobre la somatotopía de éste último, y que modifica: sensibilidad somática del facial, y de las tres primeras raíces cervicales, sensibilidad general de la médula espinal y sensibilidad visceral especial en relación a IX y X par.

Así pues, las fibras del trigémino sinaptan con sus respectivos núcleos, pero algunos cilindroejes contactan directamente con la FR. También hay fibras que desde la oreja, caminan por el trigémino, pero no hacen recambio en él y contactan más directamente con la FR, por ello se habla de una vía trigémino-retículo-espinal inhibidora.

Cartografías auriculares

¿Cuál emplear? Hace falta una cartografía estandarizada, dado que existen diferencias muy importantes entre las cartografías de autores chinos y otros autores occidentales, por ello, se deslindan dos grandes tendencias la china y la occidental. Hasta que no se unifiquen las dos tendremos que ser eclécticos en su empleo.

Método de detección

Palpación: el empleo de un palpador a presión con una punta roma, y presión eficaz de 250 g, desencadena un reflejo vehiculado por el facial, denominado signo de la mueca.

Electrodetección: el llamado reflejo electrotérmico del pabellón permite localizar los puntos activos, porque la mayor secreción de sudor por estimulación simpática disminuye la resistencia de la piel, lo cual activa al detector.

Objetivos

Se trata de un estudio «piloto» sobre una muestra de 150 pacientes seleccionados aleatoriamente de los que vemos en la clínica del dolor, para valorar el efecto analgésico de la estimulación eléctrica del pabellón.

Criterios de exclusión

Marcapasos, lesiones de la piel del pabellón, infección del pabellón, más de 80 años, hipocoagulación y embarazo.

Material y métodos

Material

Agujas tipo Hao de 1/2 pulgada 30, equipo de electroestimulación, pinzas de sujeción a las agujas o pinzas «electrodo» de aplicación directa, povidona yodada, equipos de estimulación y equipos de TENS.

Método

Detección y elección de cuatro puntos como máximo en cada pabellón, dos puntos fijos: shenmen y tálamo, dos puntos en relación a la zona a tratar, desinfección (povidona yodada), inserción de las agujas, colocación de electrodos (pinzas o planos). Conexión del estimulador y ajuste de intensidad (según nos refiere el paciente hasta el límite tolerable). Puesta en marcha automática, y parada a los 30 minutos. La valoración de la analgesia, la hemos realizado por medio del EVA o VAS (Escala Analógica Visual), escala de Lattinen y escalas específicas (WOMAC-Oswestry- etc.). Los pacientes fueron evaluados: visita basal, tras 5, 10, 15 y 30 minutos de iniciada la estimulación y 15 días tras la estimulación. Para nuestro estudio piloto hemos

planteado la valoración de la profundidad de la sedación (sólo algunos casos para estudio aparte) por medio del análisis biespectral (BIS) que permite medir los niveles del Cerebral State Index (CSI), el rango CSI. Dado que aún no hemos terminado de recoger todos los datos, pasamos a describir casos de los que hemos tratado con la técnica de estimulación auricular, de una serie de un estudio piloto que estamos llevando a cabo.

Caso clínico 1

Paciente A.R.M. Mujer de 65 años de edad. Dolor neuropático en MMII a raíz de ser intervenida de espalda (cirugía lumbar fallida). Ha empleado para el tratamiento del dolor: oxicodona de liberación retardada, 60 mg/día, oxicodona de liberación inmediata 10 mg como rescate, pregabalina 300 mg/día y amitriptilina 25 mg al acostarse. EVA de 7, Lattinen de 18 y Oswestry del 44%. A los 30 minutos tiene un EVA de 4. Se duerme durante la sesión. A los 15 días el EVA es de 4, el Lattinen de 11, y Oswestry de 30%.

Caso clínico 2

Paciente E.J.L. Varón de 38 años de edad con contractura y dolor en región de ambos trapecios, a raíz de una contusión. Vértigos rotatorios. Parestesias y dolor en ambas muñecas. EVA de 5. Emplea con poco éxito: tramadol 300 mg/dos y a veces cuatro al día, duloxetina 60 mg/día, ibuprofeno 40 mg/8h. EVA de 6, y Lattinen de 18. A los 30 minutos tiene un EVA de 4. Se duerme durante la sesión. A los 15 días el EVA es de 4, el Lattinen de 10.

Caso clínico 3

Paciente M.G.J. Varón de 69 años, con dolor a nivel lumbosacro, que irradia a suelo pelviano y región perianal. El cuadro tiene 5 años de evolución y aparece tras traumatismo, por caída accidental, sin lesiones evidentes en la RM practicada. La electrofisiología habla de patrón de desmielinización parcial, compatible con polineuropatía de probable causa postraumática. En tratamiento con fentanilo TTS 75. Rescates de fentanilo transmucoso de 400 µg. Pregabalina 300 mg/día. No dio resultado RF sobre ganglio impar. EVA de 7, y Lattinen de 19. Se le plantea la estimulación eléctrica del pabellón que acepta. A los 30 minutos tiene un EVA de 4. Se duerme durante la sesión. A los 15 días el EVA es de 4, el Lattinen de 12.

Caso clínico 4

Paciente M.R.G. Mujer de 76 años de edad, con dolor muy intenso tras colocación de prótesis total de rodilla derecha. Hace dos años tras ser intervenida, presenta dolor a nivel de cara anterior de la rodilla, que se hace más intensa en bipedestación, y que según la gammagrafía y RM no hay ni infección ni desplazamiento. Emplea desketoprofeno 400 mg/8h. Tramadol 100 mg Retard cada 12 horas. Crema tópica de diclofenaco. EVA de 6, Latinen de 18, Womac Ontario de dolor de rodilla 1,2. Se le plantea la posibilidad de estimulación auricular y acepta. A los 30 minutos tiene un EVA de 4,5. A los 15 días EVA de 4, Lattinen de 12, Womac de 0,8. También hemos hecho una comparación con los pacien-

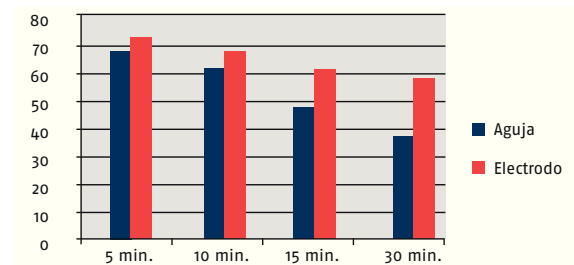


Fig. 1. Efectos de la estimulación sobre el CSI.

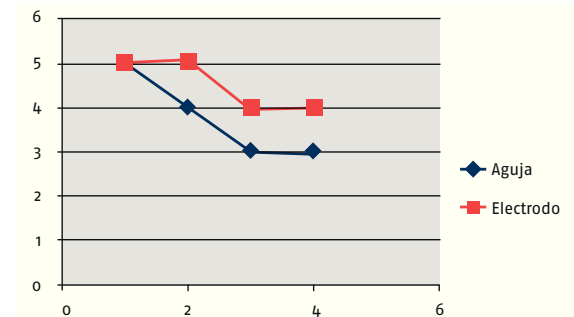


Fig. 2. Efectos sobre el EVA de estimulación con electrodo y aguja.

tes estimulados con un sistema de electrodos planos para observar diferencias en el efecto sobre el EVA (Figs. 1 y 2).

Discusión

Como demostraron Simmons y Oleson en 1993¹, la estimulación eléctrica sobre puntos de auriculoterapia, determina un descenso del umbral de dolor por estimulación de la pulpa dentaria de sujetos voluntarios sanos. La aplicación de suero salino en los mismos sujetos no modifica la respuesta obtenida. El umbral aumenta tras aplicar naloxona. Y no se afecta en los puntos placebo. La analgesia dentaria por estimulación eléctrica del pabellón, tiene una base opioide. En otro estudio² se comprobó la eficacia de la estimulación intensa del pabellón con corriente intensa, sobre pacientes con dolor distal de extremidades, frente al empleo de placebo en forme de comprimidos inertes. Hay estudios que comparan el efecto sobre la lumbalgia rebelde, tratada con estimulación eléctrica auricular, frente a la acupuntura manual auricular, y enfrentada a placebo sham EA. La estimulación eléctrica auricular, muestra mayor eficacia y mayor duración del efecto. Este ensayo se realizó empleando un dispositivo llamado p-stim³. Nuestras observaciones apuntan a que el efecto de la estimulación eléctrica auricular determina efectos analgésicos muy intensos y duraderos, por encima de la estimulación puntual a través de electrodos.

Conclusiones

La estimulación eléctrica con agujas sobre el pabellón auricular es un método de analgesia muy intensa y durade-

ra, que representa una importante comodidad de aplicación, dado que está alejado de la zona del dolor, y además presenta un efecto sedante intenso. Consideramos esta técnica, para ser valorada en casos resistentes a otras técnicas, y no es descartable la posibilidad de autoaplicación.

Bibliografía

1. Simmons MS, Oleson TD. Auricular Electrical Stimulation and Dental Pain Threshold. *Anesth Prog.* 1993;40:14-9.
2. Longobardi GA et al. Effects of Auricular Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation on Distal Extremity Pain: A Pilot Study. *Physical Therapy.* 1989;69(1).
3. Sator-Katzenschlager SM et al. The Short- and Long-Term Benefit in Chronic Low Back Pain Through Adjuvant Electrical Versus Auricular Acupuncture. *Anesth Analg.* 2004;98:1359-64.

Cromo-TIC: Técnica de Integración Cerebral por medio de lentes de colores

D. Asís

Sociedad Argentina de Acupuntura. Post-grado en Anestesia y Clínica del Dolor. Argentina.

La luz coloreada, cuando es iluminada a los ojos con un proyector, puede activar recuerdos reprimidos de la infancia, incluso del periodo intrauterino y de una vida pasada, lo que ahora puede estar disponible para el trabajo psicoterapéutico. En términos neurofisiológicos creemos que las distintas frecuencias de color pueden reactivar sinapsis cerebrales previamente bloqueadas. Si la conducción nerviosa es restablecida, los recuerdos que estaban aislados son reconectados con las redes de la memoria, permitiendo el acceso y la integración con la parte consciente del cerebro. El efecto deletéreo en el cuerpo, de los traumas no recordados, parece desaparecer. Los recuerdos conectados a un trauma físico o emocional, son mantenidos por circuitos del sistema límbico, especialmente en el hipocampo y amígdala. Estos recuerdos pueden ser alcanzados con la

longitud de onda de color correcta (usando anteojos de colores). El color exacto abre el camino al problema del paciente, como abriendo el archivo adecuado en la computadora, y el tiempo de tratamiento recomendable con anteojos de colores es una hora por día, sin embargo si son utilizados en una sesión terapéutica, unos pocos minutos pueden ser suficientes. Este efecto puede ser amplificado iluminando con un instrumento los ojos y modulando la luz con frecuencias varias. Distintos instrumentos sintónicos están disponibles hoy en día. Este efecto puede ser amplificado y profundizado, si usamos simultáneamente movimientos oculares, estimulación sonora alternada y golpeteo bilateral alternado para estimular la integración de los hemisferios como en las técnicas de Cromo-TIC o Lentes de Cromoterapia.

Kinesiología y acupuntura

S. de la Rosa

Comisión de Médicos Naturistas del ICOMEM. España.

El desarrollo y mejora de las técnicas de acupuntura no pasa únicamente por el desarrollo de modernas máquinas que sustituyan o complementen la experiencia clínica del médico. La combinación de acupuntura y kinesiología pone al alcance del médico una herramienta terapéutica diagnóstica y de tratamiento tremendamente eficaz. Es el propio organismo el que respondiendo a los estímulos del terapeuta le guía sobre los pasos más adecuados a dar y el orden en que debe de hacerlo. En ausencia de máquinas diagnósticas o simplemente si así se prefiere, tan sólo con la manipulación de una parte del cuerpo del paciente tumbado o sentado en una camilla, mejor con sus pies, podemos extraer del enfermo mucha información válida para conocer detalles sobre su equilibrio o desequilibrio a nivel global, los meridianos

concretos que tratar y los puntos exactos donde situar la aguja al enfermo. La kinesiología nos ha enseñado a escuchar al cuerpo, a ver sus respuestas involuntarias. Cuando existe un foco alterado en nuestro organismo a la pregunta adecuada podremos observar cómo nos responde con un encogimiento de la pierna derecha lo que indudablemente ayuda al médico a delimitar su diagnóstico. Y si colocamos una referencia o estímulo sobre un punto determinado, sin llegar a clavar nada, la respuesta muscular nos indica si es el lugar exacto donde poner la aguja, y en qué momento colocarla. Se trata de un método sencillo de intervención, nada invasivo y con la práctica muy exacto. El cuerpo nos dirá además con el transcurso de las sesiones si los tratamientos realizados están resultando eficaces o no.

Microsistema emocional del cráneo

R. Dejo Asiú, S. Aisemberg

Sociedad Argentina de Acupuntura. Centro de Medicina Tradicional China. Buenos Aires. Argentina.

Introducción

El dolor tiene un componente físico y un componente emocional asociado. Observamos una sensación dolorosa propiamente dicha y un dolor moral que se relaciona con la emoción y el sufrimiento. Los circuitos límbicos, para-límbico, pineal y sus conexiones con el córtex, el hipotálamo y desde este con el S.N.A., son las estructuras del S.N.C. encargadas de exteriorizar las conductas frente al reconocimiento de las emociones. Sabemos que concientizar las emociones asociadas al dolor contribuye a disminuirlo, y en ocasiones hacerlo desaparecer. Basado en la existencia de áreas en la superficie del cráneo relacionados somatotópicamente con áreas cerebrales específicas como la sensitiva, motriz etc., y como resultado de su experiencia el Dr. Dejo Asiú describió áreas del cráneo, sobre la línea media, que actúan sobre la emoción y los centros cerebrales límbico para-límbico y pineal antes mencionados, denominándola Microsistema Emocional del Cráneo y desarrollando una técnica de abordaje de estas áreas.

Material y métodos

Con el objetivo de describir la áreas del Micro Sistema Emocional, sus bases fisiopatológicas y su técnica de abordaje desarrollados por el Dr. Rosendo Dejo Asiú, y mostrar los resultados observados y lo manifestado por los pacientes, se entrevistaron a los pacientes tratados documentándose los resultados obtenidos.

Resultados

Los pacientes relatan cambios de sus molestias dolorosas o disfunciones neurovegetativas, y en algunos casos modificaron conductas y/o sistemas de vida.

Conclusiones

Los beneficios relatados por los pacientes nos permitieron conocer el valor que esta terapia tuvo para ellos y nos animan a profundizar en la investigación científica del Microsistema Emocional del Dr. Rosendo Dejo Asiú.

Puntos distales y efectos sistémicos

M. Sánchez Araujo

Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Coro. Venezuela. Instituto de Investigación de Salud y Terapéutica. Caracas. Venezuela.

La Acupuntura Tradicional asigna diferente valor a los puntos de un meridiano en concordancia con el rol que juegan en la restauración del equilibrio energético. De acuerdo a sus funciones se clasifican en Puntos de: Dispersión (Xie), Paso (Luo), Tonificación (Bu), Alarma (Mu), Asentimiento (Shu), y Fuente (Yuan). Son los Antiguos Puntos de Comando. Cada meridiano tiene al menos uno de cada tipo (72 en total). Otros puntos especiales son: 8 Cardinales, 6 Metabólicos, 21 Maestros, 4 Luo de Grupo, 12 Jing, y 4 puntos Analgésicos. El 81 % de ambos tipos de puntos se localizan muy próximos entre sí, en el extremo distante de los miembros. Además, si se jerarquizan los puntos mediante criterios lógicos, tales como: 1) El punto exhibe efectos sistémicos (amplio espectro de indicaciones). 2) Su localización señala la tra-

yectoria de su meridiano. 3) Tiene valor afectivo para algunas especialidades. 4) Existen evidencias experimentales y clínicas acerca de su eficacia. Los puntos que llenan dos o más de estos criterios, también están localizados distalmente en las extremidades y, más aún, los pocos que cumplen los 4 criterios pueden ser considerados puntos «vedette», por su frecuente aparición en estudios experimentales y clínicos de acupuntura; verbigracia, ET36, IG4, BP6, PC6, HI3, ID3, VB34. Todos, excepto el primero, se localizan distalmente en los miembros. Así, una simple punción puede interesar simultáneamente diversas terminaciones sensitivas de ubicación dérmica, neurovascular, miofascial, tendido-muscular y/o perióstica, y generar reflejos neurovasculares, modulación neuro-humoral central y efectos sistémicos, útiles

para tratar diversos desórdenes psico-afectivos, insomnio, miedos, ansiedad, inadaptación al estrés, afecciones psicósomáticas; o, en virtud de su acción antiinflamatoria, modulación del sistema inmune; efectos sobre la ecuanimidad, memoria y atención. La notable diferencia de efectos provocada por la estimulación de IG 4 y IG 5, subraya la importancia del sustrato neuroanatómico en la extensión e intensidad de sus respuestas. Aunque ambos puntos están cercanos entre sí, en el dermatomo C6; LI 5 tiene mera in-

fluencia local, mientras que el IG 4 genera diversos efectos sistémicos. Algo similar ocurre, por ejemplo, entre los puntos TE 4 y TE 5, en la muñeca; ES 35 y 36, HI 8 y 9 y VB 34 y 35, en la rodilla. Estas reflexiones pueden permitirnos fundamentar con evidencias científicas, un modelo neurofisiológico para la estrategia terapéutica de la acupuntura; facilitar el proceso de enseñanza-aprendizaje, y agilizar el diálogo impostergerable de la acupuntura con la medicina contemporánea.