

Insistimos, una vez más, que podemos entender estos puntos como reflejo de una serie de órganos situados en la profundidad, dibujo simbólico de estos órganos sobre la superficie abdominal. Así, estos puntos son utilizados por los diferentes meridianos tradicionales para explicar gráficamente la acción de puntos, de dichos trayectos, sobre el funcionamiento de órganos específicos. Esta característica los diferencia de los puntos estudiados anteriormente en las zonas anatómicas de tránsito. Estas tienen un significado puramente topográfico sin ningún compromiso inmediato de unión a órganos concretos sino solamente de inicio del recorrido profundo que los llevará luego a ellos. Al contrario, aquellos puntos reflejos se encuentran simbólicamente o sintomáticamente unidos a órganos o funciones específicas. Por ejemplo, los meridianos bazo y riñón se "unen" a la vejiga-órgano en el punto JM 2; el meridiano bazo se "une" al intestino grueso-órgano en el punto B 15. Con ello, se manifiesta, de una forma gráfica, la influencia de puntos distales de los mencionados meridianos sobre dichas funciones-órganos y, a la vez, una forma más de alcanzar, en cierto modo, la profundidad.

1.b. Áreas reflejas torácicas tradicionales. (lám. CXIV).

Existe un órgano que de forma evidente manifiesta su relación, tanto fisiológica como patológica, con la pared torácica, el corazón. Este hecho es puesto de manifiesto en la anatomía acupuntural al definir un área refleja cardiaca en el tórax. Esta está delimitada por los puntos: R 23, en el 4º espacio intercostal; R 25, en el 2º espacio intercostal; y JM 17, en el centro del pecho.

La conexión al punto JM 17, mencionada en los meridianos pulmón, corazón, intestino delgado, riñón, maestro corazón y triple recalentador, se tiene que entender como reflejo de la unión de cada uno de aquellos meridianos con el corazón-órgano. La unión de los puntos R 23 y R 25 con el punto JM 17, citada en el meridiano riñón, nos sirve para delimitar aquel órgano en la superficie corporal.

Si observamos, anatómicamente, el punto JM 17, vemos que se encuentra en la mitad del pecho (en la línea intermamilar) y en el centro (sobre la línea media del esternón). El viscerotomo cardiaco y el dolor coronario se encuentran y se manifiestan a tal altura. Por consiguiente, no es difícil unir el concepto del centro de pecho al de funcionamiento o presencia cardiaca.

Las uniones antes mencionadas nos manifiestan la influencia sobre el funcionamiento cardiaco, como bomba

o como centro de las emociones, de puntos que integran los meridianos citados. Esto lo demuestra el uso terapéutico significativo de los puntos distales de tales meridianos sobre las alteraciones cardiacas o psíquicas. En nuestro análisis terapéutico, no ha resultado significativo el empleo sobre dichas alteraciones de los puntos JM 17 - R 25 - R 23.

Aunque más vagamente, en las descripciones tradicionales, se intenta describir un área refleja pulmonar. Esta se representa en el punto H 14. Este punto reflejo es utilizado por el meridiano hígado para justificar su acción sobre la mecánica ventilatoria.

1.c. Áreas reflejas dorsales tradicionales. (lám. CXVI).

1.c.1. Áreas reflejas viscerales.

Por medio de los puntos del dorso se puede actuar sobre el funcionamiento de la mayoría de los órganos truncales. Sin embargo, sólo existe un órgano que se manifiesta a través de la pared posterior del tronco, el riñón, proyectado sobre la conocida área renal. Pues bien, esto se hace constar en la anatomía acupuntural. Únicamente existe un punto del dorso conectado con un órgano o función interna, el punto V 23. Tradicionalmente, dicho punto se encuentra unido al riñón-órgano, en

la rama dorsal del meridiano Tou Mo y en el trayecto principal vejiga.

El mencionado punto se encuentra situado en el área renal y tiene un uso terapéutico significativo para las afecciones del órgano con el cual conecta. El punto TM 4 se encuentra unido al citado punto V 23 en el meridiano distinto riñón, sin que tengan ninguna relación sintomática ni terapéutica. Esto se debe a la vecindad del primer punto con el V 23. Una propuesta útil sería decir que los puntos V 23 y TM 4 integran un área refleja renal.

La citada área podría ampliarse hasta la región inguinal por la sucesión de puntos VB 26 - VB 27 - VB 28, los cuales presentan la misma distribución que el dolor nefrítico. Por lo tanto, esta unión presenta un significado de prolongación patológica del área renal.

1.c.2. Areas reflejas algicas.

Llama nuestra atención las conexiones existentes en la parte posterior de la cadera. De una parte, la unión entre el meridiano vesícula biliar con puntos sacros medios del meridiano vejiga, con vuelta al propio meridiano (VB 29 - V 31 - V 32 - V 33 - V 34 - VB 30) y, de otra y de la misma manera, la unión entre los puntos de la línea lateral del meridiano vejiga con el meridiano vesícula biliar (V 49 - VB 30).

Todos estos puntos se encuentran en una misma región anatómica y, además, presentan un uso significativo para las algias lumbares. El agrupamiento de estos puntos, dispersos en las descripciones tradicionales de los meridianos vesícula biliar y vejiga, nos describe una zona topográfica similar a la del reflejo de los procesos algicos lumbares. Por tanto, estos puntos constituyen en conjunto el area refleja de las algias lumbares.

En la parte superior del dorso, tránsito de la zona posterior del brazo a la extremidad cefálica a través del cuello, se produce una complicada red de conexiones. Bien en la descripción del trayecto principal, bien en la de los respectivos vasos secundarios, se incluyen puntos no propios en el recorrido de los diferentes meridianos (tabla 20).

Podemos observar como todos los meridianos yang al transcurrir por esta zona conectan con el punto TM 14. Este punto es obligado adquirirlo por ser definido tradicionalmente punto de reunión de los meridianos yang.

Además, podemos ver que con las distintas uniones se intenta agrupar puntos que se sitúan en una misma zona algica. Así, los puntos de las conexiones IG 15 - ID 12, TR 14 - ID 12, e ID 13 - V 36, se encuentran en la zona algica de hombro.

De igual forma y aunque se prolonga a la parte póstero-lateral del cuello, las uniones VB 20 - ID 17 - TM 14 - VB 21, TR 15 - TM 14 - VB 21 y V 10 - TM 14 - TM 13, agrupan puntos que se sitúan en la zona álgica de cuello. Señalar que la unión ID 14 - V 11 - ID 15, sirve para relacionar este último punto con el punto TM 13, el cual se encuentra unido al punto V 11 en la descripción del meridiano vejiga.

Por todo lo anterior, es factible definir dos áreas álgicas tradicionales en la parte superior del dorso.

- Area refleja de las algias de hombro.

Se encuentra formada por los puntos del dorso V 36, ID 13 e ID 12; deslizándose hacia el hombro, presenta los puntos IG 16, TR 14 e IG 15. Aunque no se menciona en las descripciones tradicionales el punto IG 16, debe ser incluido en esta área por encontrarse entre los puntos IG 15 e ID 12 y en la región del hombro.

- Area refleja de las algias de cuello.

Tiene su base en el dorso, delimitada por los puntos TM 13, ID 15, VB 21 y TR 15.

1.d. Area reflejas tradicionales en el cuello. (lám. CXVII y CXVIII).

1.d.1. Areas reflejas viscerales.

La garganta es nombrada en un gran número de meridianos. Sólo se relaciona la garganta con el punto JM 23 en los recorridos de los meridianos distintos bazo, corazón, riñón y maestro corazón, y en el trayecto principal riñón. Podemos equiparar el punto cervical JM 23 a garganta. También, el punto E 9 se encuentra enlazado con la garganta, unión mencionada en la descripción tradicional de los meridianos distintos estómago y bazo.

Ambos puntos se sitúan en la proyección algica del segmento faringe-amígdala, en la región anterolateral del cuello. Por tanto, se puede entender la zona delimitada por aquellos puntos como área refleja de faringe-amígdala. De esta forma, podemos comprender que los puntos JM 23 y E 9 se encuentren unidos simbólicamente a la garganta, entendiéndolo como tal al segmento faringe-amígdala.

El empleo tradicional de la palabra "garganta", por lo tanto, no significa únicamente el transcurrir de un meridiano por el cuello.

Al estudiar el empleo terapéutico de los puntos señalados anteriormente, observamos, además, que presentan un uso significativo para las alteraciones de la faringe-amígdala.

Existe otro punto empleado con el fin de reflejar la profundidad. Se encuentra situado en la región lateral

del cuello, TR 17, y pertenece al área refleja de oído. Por su estrecha relación con los puntos cefálicos será estudiado con ellos.

1.d.2. Areas reflejas álgicas.

Como ya hemos mencionado, las conexiones existentes entre puntos del cuello tiende a describir el área álgica de cuello. De esta forma, entenderemos la incorporación del punto VB 21 en el meridiano estómago desde el punto E 11. Esta rama se describe con el fin de completar la base de este área álgica cervical, que procede medialmente del punto TM 13. Igualmente, gana sentido la dispersión del vaso Lo del meridiano Tou Mo, desde el punto occipital TM 16 hacia el cuello y el hombro, al incorporar tal punto al área álgica de cuello.

Este area refleja de las algias de cuello se extiende desde la región occipital (VB 20 - V 10 - TM 16) hasta la parte superior del dorso, en la base del mismo cuello (TM 13 - ID 15 - VB 21 - TR 15). Abraza lateralmente el cuello en busca del borde posterior del músculo esternocleidomastoideo, ID 17, para así conseguir la base anterior del cuello, E 11.

1.e. Áreas reflejas de la extremidad cefálica. (lám. CXVII a CXIX).

La extremidad cefálica pertenece al eje central, zona visceral. En ella se encuentra una serie de órganos-visceras (oído, ojo, nariz y boca), y se producen unas afecciones propias (algias de cabeza y faciales). Desde los puntos situados en los miembros se va a actuar tanto sobre los primeros como sobre las segundas afecciones. Además, debemos señalar la presencia de unas aberturas naturales (conducto auditivo externo, hendidura palpebrales, aberturas externas de las fosas nasales y boca) con puntos a su alrededor. Todo ello hace a este segmento corporal una zona muy particular, y que en ella los recorridos de los meridianos se compliquen.

Como en otros segmentos corporales, existen puntos no propios en los recorridos de los diversos meridianos. Esto es máximo con los recorridos cefálicos adscritos a los meridianos yin -tanto del miembro inferior como del superior-. Dichos meridianos, con acción sobre órganos y afecciones cefálicas, no tienen puntos en este segmento. No obstante, se les da un recorrido a lo largo de esta extremidad (como sucede con los meridianos distintos bazo y corazón), o bien se les conexiona con el recorrido cervical de su meridiano acoplado y con él recorren la cabeza (meridianos distintos pulmón y maestro

corazón).

Nos centraremos, en principio, tan sólo, en los meridianos con puntos propios en la extremidad cefálica. Tendremos que comprender, como hemos venido haciendo, los diversos componentes tradicionales de un meridiano como una forma fraccionada y complementaria de describir un único camino.

Así, al observar el recorrido de los meridianos en la cara, sus puntos, las conexiones, sus reiteradas confluencias y solapamientos, da desde el principio la impresión de que existen zonas o lugares de encuentro que han de significar, indudablemente, áreas de interés acupuntural dada su significación.

Alrededor del ojo. Aunque se supone una zona orbitaria, la realidad es que a ella llegan el meridiano vejiga (V 1 y V 2), vesícula biliar (VB 14 y VB 1), triple recalentador (TR 23) y estómago (E 1). Tradicionalmente, el meridiano estómago lo rodea. Además, a esos puntos llegan conexiones de otros situados en boca, nariz, región frontal, etc.

Alrededor de la boca, están los puntos E 4, TM 26 y JM 24. El meridiano intestino grueso llega al punto JM 24 y rodea la boca. Por su parte, el meridiano estómago desde su punto E 4 igualmente rodea la boca. El vaso Lo longitudinal vejiga desciende desde el ojo a la región

peribucal. El propio meridiano Jenn Mo desde su punto JM 24 rodea la boca.

Alrededor de la nariz, llega el meridiano intestino grueso dando los puntos IG 19 e IG 20. Otros meridianos conectan con ella aunque se trata de una región muy definida sin necesidad de revelancia acupuntural.

En la región preauricular, se encuentran tres puntos alcanzados por diferentes meridianos: VB 2, TR 21 e ID 19. Además, el meridiano triple recalentador da los puntos TR 22 y TR 17; por su parte, el meridiano vesícula biliar deja el punto VB 3.

En la región temporal, se encuentran una zona recorrida por el meridiano vesícula biliar, que sitúa cuatro puntos seguidos (VB 4 a VB 7), indicando un especial interés en el control de la zona. El meridiano triple recalentador deja el punto TR 22. Esta zona es recorrida por los meridianos intestino grueso, estómago y vejiga.

La región facial, es la que queda entre estas zonas ocupando la mejilla y el contorno inferior de la cara. Se ve que está contorneada por el meridiano estómago que deja sus puntos E 1 al E 7. Por su parte, el meridiano intestino delgado rodea la parte antero-inferior y acaba por debajo de la mejilla en el punto ID 18. Por supuesto que a muchos de estos puntos y, en general, a la cara van variadas conexiones que enriquecen su significado.

La realidad o personalidad de estas zonas nos la da su constatación de que constituyen cada una unidades terapéuticas distintas como se deduce de la significación terapéutica de sus puntos.

1.e.1. De la riqueza de conexiones cefálicas a las áreas reflejas.

Estudiemos el conjunto de puntos que se repiten a lo largo de la descripción de los meridianos, sus características anatómicas, su utilidad terapéutica significativa y la forma de enlazar tradicionalmente estas zonas.

En la fosa temporal, tenemos una zona formada por los puntos VB 4 - VB 5 - VB 6 - VB 7, que se encuentra recorrida total o parcialmente por los meridianos intestino grueso, estómago, vejiga y triple recalentador. Esta zona se prolonga hacia la región frontal, representada por el punto VB 14. Este último recorrido se encuentra descrito en los meridianos intestino grueso y triple recalentador.

Por su parte, la única forma de llegar a la fosa temporal desde la zona preauricular, VB 3, es a través del punto TR 22. Dicho punto podemos entenderlo como incluido en una prolongación de la anterior fosa, por una simple razón topográfica así como por tener una comunidad algica con la fosa mencionada, en relación con las algias cefálicas.

Unas veces, la conexión con la fosa temporal se describe en el trayecto principal de cada meridiano, enlazando desde el respectivo punto más próximo. Desde el punto V 7, para el meridiano vejiga; desde el TR 20, para el meridiano triple recalentador; y, por último, desde el E 7, para el meridiano estómago. En otras ocasiones, el enlace se realiza a través de otro componente del meridiano, como es el caso del vaso Lo longitudinal intestino grueso e intestino delgado.

Los dos vasos mencionados ascienden al ángulo de la mandíbula desde un punto situado en el hombro, IG 15, y alcanza por contiguidad la fosa temporal a través del área preauricular. Este recorrido se precisa, de una parte, por no tener puntos propios próximos a la zona temporal el trayecto principal intestino grueso; sus dos únicos puntos faciales se encuentran lejos, junto a la abertura externa de las fosas nasales. Por otra parte, el meridiano intestino delgado, aunque posee un punto en el área auditiva (alcanzado tradicionalmente desde la zona ocular de un modo recurrente), no pasa por ahí.

Los meridianos intestino grueso e intestino delgado -insistimos- han de utilizar el trayecto que sigue tradicionalmente sus vasos Lo, por cierto coincidentes, en su recorrido facial.

Siguiendo esta idea, observamos un hecho importante,

y es la sucesión de zonas reflejas faciales. Así, del área situada sobre la rama del maxilar inferior se pasa al área preauricular y de ésta a la zona de la fosa temporal. Esta sucesión es recorrida por la mayoría de los meridianos, como comprobaremos más adelante.

En una zona preauricular, se encuentran los puntos TR 21 - TR 22 - ID 19 - VB 2 - VB 3, recorridos por los meridianos intestino grueso, estómago, intestino delgado, triple recalentador y vesícula biliar. Entre otros ejemplos, en la descripción del vaso longitudinal intestino grueso se menciona que "asciende por la rama del maxilar inferior, llega a la zona preauricular, desde donde penetra en el oído". Algun autor cifra aquella zona en el punto VB 3, que extendemos al punto VB 2 conexionado con el citado VB 3.

Parece lógico que los tres últimos meridianos citados conecten con la mencionada zona, pues poseen puntos propios en ella. Sin embargo, lo que nos llama la atención es la inclusión de puntos no propios en sus respectivos recorridos preauriculares.

En el meridiano triple recalentador se encuentra asociado el punto TR 17 (bajo el lóbulo auricular) al punto ID 19 (delante del trago), y su trayecto principal transita por el punto antes citado VB 3. Por otra parte, en el meridiano vesícula biliar se describe una rama que

partiendo del punto VB 20 asocia el punto TR 17 con el ID 19; este último punto se encuentra unido con el punto TR 22. Igualmente, en el trayecto principal del meridiano vesícula biliar se incluyen los puntos TR 17 y TR 21. Por último, en el meridiano intestino delgado se menciona la unión TR 22 - ID 19; en este meridiano no se considera la unión TR 17 - ID 19.

En el anterior párrafo, contemplamos como la zona preauricular se desliza hacia la parte lateral del cuello para incorporar el punto TR 17. Con todo lo precedente, parece como si se quisiera agrupar con las anteriores conexiones varios puntos o confluir en los mismos, lo que nos lleva a aglutinarlos y definir con ellos una zona preauricular.

Ya hemos mencionado que en los meridianos intestino grueso, estómago, triple recalentador y vesícula biliar, existe un recorrido que desde el ángulo mandibular asciende por la rama maxilar, por delante de la zona preauricular, hacia la parte superior de la fosa temporal a través de la zona temporal. Además, desde el mismo origen, otra rama facial común se desliza por el cuerpo mandibular para conseguir la comisura labial, ascender por la mejilla y finalizar abrazando parte inferior del reborde orbitario.

La primera rama ascendente, que pasa por delante y

vecina a la región preauricular, estaría formada por los puntos E 6 - E 7 - VB 3 - E 8, todos ellos se encuentran situados en una misma vertical. La rama transversa está constituida, inicialmente, por los E 6 - E 5 - E 4; al final sigue un trayecto ascendente que se dispersa por la mejilla (E 4 - E 3 - E 2 - ID 18). En definitiva, el conjunto de los trayectos señalados constituyen una zona facial que rodea periféricamente la cara desde la región temporal hasta la infraorbitaria, pasando por la rama, ángulo y cuerpo mandibular, región comisural de la boca y por la mejilla.

En cuanto a los meridianos intestino grueso y estómago, se menciona que tras recorrer el primer segmento transversal de la cara, desde el ángulo de la mandíbula, conectan con la región peribucal -otra región- para ascender a la región orbitaria a través de la zona perinasal. En dichos meridianos, se cita como puntos incluidos en la región peribucal a los siguientes JM 24 - E 4 - TM 26. Mientras, los puntos IG 19 - IG 20, forman el recorrido de la región perinasal.

Este camino tradicional, como imaginario reguero producido por la caída de las lágrimas, se menciona "implícitamente" en la descripción de los meridianos intestino grueso, estómago, bazo, vejiga, hígado, así como en los meridianos extra-ordinarios Tou Mo y Jenn

Mo.

Por último, alrededor del ojo se produce una serie de conexiones que interrelaciona todos los puntos existentes en la zona. En el meridiano estómago, se relacionan los puntos V 1 - E 1, así como los puntos V 1 - V 2 - VB 14 - TR 23 - VB 1 - E 1 ("una rama parte del ángulo interno del ojo, se dirige a la región frontal para con posterioridad descender al ojo y unirse al meridiano estómago"). El punto TR 23 se une directamente con el VB 1 e indirectamente con el V 1, en el meridiano vesícula biliar.

Fuera de la región facial, llama nuestra atención el conjunto de conexiones que tienen como destino el punto TM 20, situado en el vértex cefálico. Se encuentran descritas de una forma desordenada en las descripciones de los meridianos intestino grueso, estómago, vejiga, triple recalentador e hígado. De acuerdo con las ideas filosóficas orientales, tal punto representa la actividad psíquica de la persona, la influencia de la mente sobre la actividad global del individuo.

1.e.2. Areas reflejas viscerales.

Si observamos la distribución de los distintos puntos integrantes de las diferentes áreas descritas, podemos comprobar que se encuentran situados alrededor de los orificios naturales. Por lo comentado anterior-

mente, estos orificios, así como las funciones relacionadas con los mismos, pueden ser descritos por los puntos próximos a ellos, es decir, aquellos puntos definen una serie de áreas reflejas viscerales. Señalar, una vez más, que los diversos puntos implicados poseen un uso terapéutico significativo sobre las funciones relacionadas con sus respectivos orificios. Tenemos las siguientes áreas.

- Área refleja de oído.

Definida por la zona preauricular, en ella se refleja la función auditivo-vestibular. Situada por delante del pabellón auricular, se encuentra integrada por los puntos TR 21 - TR 22 - ID 19 - VB 2 - VB 3, en la cara, y TR 17, en el cuello.

- Área refleja de ojo.

Formada por la zona periocular, dibuja la función ocular. Esta formada por los puntos V 1 - V 2 - VB 14 - TR 23 - VB 1 - E 1 - E 2. Incluimos este último punto por vecindad topográfica.

- Área refleja de boca.

Formada por la zona peribucal, en ella se hace mención a la boca y su patología. Se encuentra integrada por los puntos JM 24 - E 4 - TM 26 - TM 27. Se incluye el punto TM 27, por encontrarse en vecindad anatómica

con los restantes puntos y al tener con ellos una función terapéutica idéntica.

- Area refleja de nariz y senos paranasales.

Esta formada por la zona perinasal, y en ella se dibuja la nariz-senos paranasales y su patología. Está constituida por los puntos TM 27 - IG 19 - IG 20. Se incluye el punto TM 27, por las mismas razones mencionadas en el párrafo anterior.

- Area refleja del psiquismo.

Se encuentra representada en el punto TM 20, situado en el vértex cefálico.

1.e.3. Areas reflejas de afecciones álgicas.

En la cabeza se puede describir dos áreas reflejas de afecciones álgicas, facial y cefálica. El conjunto de puntos que las definen se encuentran sobre las zonas de manifestación de los respectivos procesos álgicos.

- Area refleja de las algias faciales.

Recorre en conjunto la región facial. Se encuentra definida por una primera rama ascendente (E 5 - E 6 - E 7 - VB 3 - E 8) y una rama transversa y ascendente (E 5 - E 4 - E 3 - E 2 - ID 18).

- Area refleja de las algias cefálicas.

Se encuentra situada a lo larga de la línea temporal

de inserción de los cabellos, prolongándose hacia la frente. Está constituida por los puntos VB 4 - VB 5 - VB 6 - VB 7 - TR 22; desde el primero se dirige al punto frontal VB 14.

En resumen, podemos contemplar que en esta porción del eje central se sigue los mismos criterios que los observados en el tronco, para relacionar puntos de diferentes meridianos y definir las áreas reflejas tradicionales. En el tronco (abdomen y tórax) el criterio seguido para escoger los puntos reflejos es la manifestación fisiológica o álgica de la función. En la extremidad cefálica, el criterio es la proximidad de los puntos a la zona de actuación (abertura natural o zona álgica).

1.e.4. De las áreas reflejas al círculo terapéutico facial.

Al estudiar los puntos integrantes de las distintas áreas reflejas faciales, observamos que existen puntos comunes entre ellas. Así, el punto TR 22 es común para las áreas reflejas de las algias cefálicas y de oído; el punto VB 3 es común para el área de oído y de las algias faciales. El punto E 4, para el área refleja de las algias faciales y para el área de boca. El punto TM 27, para el área de nariz-senos paranasales y el área de boca. El punto E 2 es común para el área de ojo y de las

algias faciales; por último, el punto VB 14 es común para el área de las algias faciales y para la del ojo.

En definitiva, sobre el territorio facial se forma un trayecto circular constituido por un conjunto de áreas reflejas. Este recorrido puede ser utilizado, según una sucesión topográfica, por los diversos meridianos que tengan puntos distales con un uso terapéutico significativo para las afecciones cuyas áreas reflejas constituyen el mencionado trayecto circular común.

Si estudiamos de nuevo el trayecto de los meridianos en la extremidad cefálica y, más concretamente, en la región facial, podremos contemplar que todos ellos, ya sea por su trayecto principal o por el de alguno de sus componentes, recorren el trayecto circular descrito, apropiándose de puntos ajenos. Este recorrido lo realizan según un riguroso criterio topográfico.

Así, por ejemplo, los meridianos que acceden a él por la fosa temporal recorren primero la zona refleja de las algias cefálicas para alcanzar la zona refleja de oído, y pasar, así, a la de las algias faciales. Con esta última consiguen llegar a la zona peribucal, de una parte, y, por otra, a la zona ocular. El área de ojo puede ser alcanzada, también, directamente desde el área temporal.

En cambio, si el círculo es alcanzado por el ángulo

mandibular, aquel se recorre en dos porciones. Una de ellas, asciende por la rama mandibular, transcurre por el área refleja de las algias faciales para pasar al área de oído, y desde ésta conseguir el área refleja de las algias cefálicas. La otra porción seguirá el cuerpo del maxilar inferior, por el área refleja de las algias faciales, para llegar a las áreas de boca y nariz, así como al área de ojo.

En este círculo facial, camino energético expedito que rodea la cara y a donde llegan los meridianos para participar de sus posibilidades, podemos definir un eje energético. De forma, que partiendo del ángulo mandibular (E 6) se dirige hacia adelante y hasta la región orbitaria (E 2), cubriendo el recorrido el meridiano estómago con sus puntos E 5 - E 4 - E 3. Por el punto E 2 conecta con el área ocular.

Desde el ángulo de la mandíbula hacia arriba, el eje energético que estamos describiendo, está constituido por los puntos E 6 - E 7 - VB 3 - VB 4, este último en el límite superior de la fosa temporal. Una rama transversa cierra el círculo, VB 4 - VB 14, este último punto se encuentra en el área refleja de ojo.

2. CONEXIONES DE REFERENCIA TERAPÉUTICA.

En el punto anterior, hemos observado como en las descripciones tradicionales se intuye la relación entre un conjunto de áreas cutáneas, reflejo de particulares funciones orgánicas, con determinados puntos acupunturales.

Igualmente, hemos visto como aquellas singulares zonas se introducen en el trayecto superficial de los meridianos. El fin de esta relación es el facilitar una explicación objetiva a las acciones terapéuticas de los diversos puntos acupunturales, dentro de la teoría de los canales energéticos.

La definición de las áreas reflejas acupunturales tradicionales hacen que carezcan de sentido algunas de las conexiones tradicionales entre puntos de diferentes meridianos. Ahora, la explicación "simbólica" de la acción sobre determinadas funciones profundas de los puntos acupunturales, se dibuja por la conexión de aquellos con las correspondientes áreas reflejas tradicionales, a través del trayecto superficial de su meridiano. A estas uniones la denominaremos **conexiones de referencia terapéutica**, para con ella hacer mención al origen de su existencia. Estos enlaces no son necesarios cuando el meridiano transcurre por el área refleja de la función que se pretende destacar.

Por ejemplo, para explicar la acción intestinal de

algún punto del meridiano bazo no es necesaria una conexión del mencionado meridiano con el área refleja central de intestino grueso, ya que dicho meridiano circula por el área refleja lateral de intestino grueso (B 15 - E 25).

En el presente punto, destacaremos, por regiones anatómicas, las conexiones existentes en las descripciones tradicionales que pueden ser consideradas como de referencia terapéutica.

2.a. Conexiones de referencia terapéutica en los miembros.

Tales conexiones se encuentran únicamente en el miembro inferior. Al repasar la descripción tradicional de los meridianos de dicha extremidad, observamos que el meridiano distinto riñón y el vaso Lo longitudinal vesícula biliar no alcanza el tronco por los recorridos superficiales de sus respectivos trayectos principales, como sería de preveer.

En el primer caso, el meridiano distinto riñón llega al tronco por medio del meridiano vejiga, al enlazar el origen del primero con el punto Ho del segundo meridiano, por medio de la conexión R 10 - V 54. En el segundo caso, el vaso Lo longitudinal vesícula biliar, consigue el tronco a través del meridiano hígado, al unirse el

primero al punto origen del tradicionalmente descrito meridiano distinto hígado, por medio de la conexión VB 37 - H 5.

Recordar que el área refleja de riñón-órgano se encuentra en el dorso, y el área hepático-biliar se sitúa en el abdomen. Igualmente, señalar que estas áreas son recorridas, respectivamente, por los trayectos superficiales de los meridianos vejiga e hígado.

Ahora, comprenderemos el sentido de las anteriores uniones. Con ellas se pretende explicar la forma de alcanzar las zonas reflejas de los respectivos meridianos, por las cuales no pasan sus recorridos superficiales. Por ello, tienen que conectar con el recorrido superficial de un meridiano que sí transcurre por la zona refleja, sus meridianos acoplados. De esta forma, la energía del meridiano riñón o vesícula biliar (se diría en energética oriental) alcanzaría, por medio de su meridiano acoplado (meridiano vejiga o hígado), la correspondiente área refleja del órgano destinatario de su acción (riñón o hepatobiliar, respectivamente). De otra manera no sería posible conseguir de una forma evidenciable tales zonas espejo de la profundidad.

La anterior hipótesis es ratificada por el estudio del uso terapéutico significativo de los puntos distales de los meridianos riñón y vesícula biliar. Podemos ver

que en el primer meridiano se encuentra el único punto significativo para las afecciones renales (R 3), mientras en el segundo se presenta el único punto para las afecciones vesiculares (VB 34).

Por tanto, en el miembro inferior tenemos dos conexiones de referencia terapéutica, una perteneciente al meridiano riñón (R 10 - V 54) y otra incluida en el meridiano vesícula biliar (VB 38 - H 5). Estas conexiones se originan por la necesidad de unir puntos terapéuticos distales con sus correspondientes áreas reflejas troncales, cuando los trayectos que incluyen dichos puntos no recorren la porción truncal donde se sitúa el área a enlazar.

Por último, señalar que los puntos emparejados en las anteriores conexiones tienen un emplazamiento topográfico similar: VB 37 y H 5, se encuentran al mismo nivel en el tercio medio de la pierna, y R 10 - V 54, se sitúan en el pliegue posterior de la rodilla. Por otro lado, la razón de la elección tradicional del punto destinatario de la unión se halla en el componente del meridiano donde se describe. Así, al citar la conexión del meridiano riñón con el meridiano vejiga en su meridiano distinto, se fuerza la unión del primer meridiano con el punto Ho del meridiano vejiga. Por el contrario, al situar la conexión del meridiano vesícula biliar con

el meridiano hígado en su vaso Lo longitudinal, el punto del meridiano hígado a enlazar es el punto Lo.

2.b. Conexiones de referencia terapéutica en el abdomen.

2.b.1. Conexiones con la zona media inferior.

El uso terapéutico significativo de los puntos distales de los meridianos hígado, bazo y riñón, da sentido a las uniones descritas tradicionalmente desde la región inguinal a la línea media abdominal, donde aquellos meridianos conectarían con lo que hemos denominado banda refleja central, en su zona inferior.

A la zona suprapúbica (del JM 2 al JM 4) le sucede igual que a la base del cuello (TM 14), es una zona de reunión. Aquí se juntan los meridianos yin del miembro inferior, lo que nos obliga a desechar algunas conexiones forzadas por la citada regla. A esto tenemos que sumar que la zona inguinal es una zona anatómica de tránsito, con lo cual se complican aún más las conexiones existente.

De esta forma, del conjunto de conexiones existentes en la región inguinal podríamos considerar como **conexiones de referencia terapéutica** el trayecto que desde el punto H 12 se dirige al punto JM 2, así como la unión del punto R 11 con el punto del meridiano Jenn Mo

antes citado.

Con estas conexiones describimos tanto la acción sobre el útero y la vejiga (JM 2) como sobre el intestino grueso JM 4), que poseen puntos distales de los meridianos hígado y riñón. Con ellos, pueden ascender, también, sus meridianos acoplados vesícula biliar y vejiga, respectivamente.

A la misma zona abdominal y con el mismo fin, se dirige una rama procedente del meridiano Tou Mo, originada en su punto más próximo, en su punto inicial, TM 1. Con esta conexión se da sentido a la rama abdominal del meridiano Tou Mo y a la conexión con el punto JM 2, realizada en su rama descendente.

2.b.2. Conexiones con la zona media superior.

La rama descrita en el trayecto principal bazo entre su punto B 15 y el JM 10, se puede entender como un enlace de referencia terapéutica entre el citado meridiano y la zona refleja gástrica.

El recorrido de esta conexión se cruza con el meridiano estómago en el punto E 24, quedando esta rama de referencia terapéutica como sigue: B 15 - E 24 - JM 10. De esta forma, se hace superficial la unión del meridiano estómago con el área refleja superior (JM 12 - JM 10), mencionada como profunda en el trayecto principal del meridiano estómago.

2.c. Conexiones de referencia terapéutica en el dorso.

Con respecto al área refleja riñón, al conectar su punto V 23 con la profundidad no se precisa unión alguna que ejemplifique la acción del meridiano vejiga sobre el riñón-órgano. Existe otro meridiano que tiene puntos distales de acción terapéutica significativa sobre el riñón-órgano, el propio meridiano riñón. Sin embargo, al transcurrir el citado meridiano por la pared anterior del abdomen, no es posible una conexión truncal de referencia terapéutica entre el meridiano riñón y dicha área refleja. Como ya hemos dicho, esta conexión se realiza distalmente, en el miembro inferior.

2.d. Conexiones de referencia terapéutica en el cuello.

Por una parte, como conexión de referencia terapéutica con el área refleja de faringe-amígdala se puede considerar el trayecto del meridiano estómago E 12 - E 9. Este fragmento puede ser empleado por cualquier meridiano para explicar su acción sobre el segmento faringe-amígdala, ello es posible porque el punto E 12 es un punto de tránsito a la profundidad. De esta forma, se explica la acción terapéutica de puntos pertenecientes a meridianos tan dispares como son los meridianos pulmón,

intestino grueso, riñón, triple recalentador, e incluso, el mismo meridiano estómago.

Pero además, este segmento corporal es particular, hace de puente entre el tronco, del cual parece emerger, y la cabeza. Por ello, es lógico que aquí exista un conjunto de conexiones entre los distintos meridianos y el círculo energético facial. Así, se podrán considerar conexiones de referencia terapéutica las ramas eferentes supraclaviculares de los trayectos profundos de los meridianos yang, cuando son empleadas por sus respectivos meridianos yin acoplados. El acceso a este recorrido se realiza a través del trayecto profundo de los meridianos yin, porque de esta manera se explica que se debe alcanzar el interior del tronco para desde él ascender a la cabeza. Estas uniones son: E 12 - IG 17, para el meridiano pulmón; E 12 - ID 16, para el meridiano corazón; y E 12 - TR 16, para el meridiano maestro corazón.

Por otro lado, los meridianos intestino grueso, estómago e intestino delgado, inician su rama de conexión en el cuello (IG 18, E 9, ID 17, respectivamente), penetrando en el círculo energético facial por el ángulo del maxilar inferior.

En este grupo podemos incluir, también, el recorrido cervical del meridiano estómago, E 12 - E 6, como una vía rápida de alcanzar el territorio facial, como ya

hemos mencionado a proposito el trayecto cervical de los meridianos estómago, bazo, vesícula biliar e hígado. Este recorrido puede ser empleado por cualquier meridiano desde su trayecto profundo.

2.e. Conexiones de referencia terapéutica en la cabeza.

Aunque todos los meridianos poseen puntos propios en el trayecto circular facial, debemos de acceder a él de una forma sistematizada, cuando lo empleamos para explicar acciones terapéuticas de los puntos distales de los meridianos. La conexión de cada meridiano con aquel recorrido circular se inicia en su punto más próximo al territorio facial. Recordar que los meridianos yin ascienden a la cabeza con sus respectivos meridiano yang acoplados. Igualmente, el origen de las conexiones de referencia terapéutica de los meridianos intestino grueso, intestino delgado y estómago tienen, como ya hemos mencionado, su origen en el cuello (IG 18, ID 17 y E 9, respectivamente), penetrando en el círculo facial por el ángulo del maxilar inferior.

El meridiano vesícula biliar tiene, por su parte, el inicio de su rama en el punto cefálico VB 8, comenzando el círculo por el área refleja de las algia de cabeza (VB 7). Por otra parte, presenta otro punto de origen en

la región frontal, VB 13, iniciando el recorrido facial por la región orbitaria (VB 14).

El meridiano vejiga tiene su punto de conexión en la región frontal, V 3, iniciando su trayectoria en el área ocular. Por último, el meridiano triple recalentador se integra en el círculo por el área de oído, por medio de una rama que parte de su punto TR 20.

Además, de las anteriores conexiones a las cuales se accede por los respectivos trayectos principales, existe una vía rápida de alcanzar el territorio facial desde la profundidad, por medio del recorrido cervical del meridiano estómago.

Para finalizar, señalar que el área refleja del psiquismo, TM 20, se encuentra alejada del círculo energético facial. Por ello, no se puede acceder a ella de una forma ordenada desde aquel. Esto se muestra a lo largo de las descripciones tradicionales de los meridianos. Así, el vaso Lo longitudinal estómago alcanza el punto TM 20 después de recorrer la parte lateral del cuello y cabeza, sin mencionar punto alguno. Igualmente, se describe un extraño recorrido en el meridiano intestino grueso, desde su último punto IG 20 una rama se dirige al punto TR 20. Únicamente se puede entender esta conexión si se tienen en cuenta la unión del último punto, TR 20, con el punto TM 20, descrita en el meri-

diano distinto triple recalentador. Con igual fin se incorpora el punto TR 20 en el trayecto principal del meridiano vesícula biliar.

Por consiguiente, debido a la poca accesibilidad del área psíquica, ésta será alcanzada independientemente por los diferentes meridianos desde sus puntos más próximos. Se describen así las siguientes uniones de referencia terapéutica: V 8 - TM 20, para el meridiano vejiga; TR 20 - TM 20, para el meridiano triple recalentador; VB 8 - TM 20, para el meridiano vesícula biliar; IG 20 - TM 20, para el meridiano intestino grueso; y E 8 - TM 20, para el meridiano estómago.

3. CONEXIONES DE TRÁNSITO.

En el apartado anterior, observamos como en las descripciones tradicionales existen unas zonas de unión de la superficie con la profundidad, o viceversa. Estas zonas se encuentran en la raíz de los apéndices corporales: extremidad superior, inferior y cefálica. Las hemos denominado **zonas anatómicas de tránsito**, al apoyarse su elección únicamente en un criterio topográfico.

Solamente en la zona axilar, los puntos propios de los meridianos que por ella transitan pueden ser definidos como puntos de tránsito. En las restantes zonas, el

punto de tránsito es único y los meridianos que por ella transcurren son varios. Por ello, se hace necesario conectar los diversos meridianos afectos con el punto de tránsito correspondiente.

Como ya hemos mencionado reiteradamente, en las descripciones tradiciones de los meridianos se mezclan conceptos sin diferenciarlos; de ello resulta tortuosos trayectos que despistan sobre el fin de su descripción. Por ello, y para contemplar más claramente el objetivo de las conexiones de tránsito, éstas las describiremos como un enlace de un meridiano con el punto de tránsito. Ello es posible porque todos los meridianos implicados en estas conexiones presentan puntos propios en la correspondiente zona de tránsito, o muy próxima a ella. Estudiaremos estas conexiones de tránsito según la zona en la cual se presenta.

3.a. Conexiones con la zona anatómica de tránsito inguinal.

Por medio del punto E 30, se inicia el recorrido profundo de los meridianos de la cara interna del miembro inferior, meridianos riñón, hígado y bazo, y del meridiano estómago, que transcurriendo por la cara externa del miembro se ve obligado a ascender por la parte anterior del abdomen.

Los puntos R 11, H 12 y B 12, puntos próximos al E 30, son de iniciación de cortas ramas de tránsito de los respectivos meridianos que profundizan a través del citado punto E 30.

En la descripción tradicional del meridiano vesícula biliar, nos sorprende que se le dé más preponderancia a una vía formada por los puntos E 30 - VB 30, con la cual se alcanza la profundidad. Sin embargo, no se le da ningún recorrido profundo a la conexión VB 30 - TM 1, que, como posterior, debía ser la de elección por tratarse de un meridiano yang.

La mencionada unión E 30 - VB 30, se podría justificar al transitar el meridiano vesícula biliar a través de la zona superior (hueco supraclavicular, E 12), la cual se encuentra sistemáticamente enlazada con la zona inguinal (E 30), por un camino preferencial que siguen siempre los trayectos profundos. Igualmente, podemos pensar que es más lógica, toda vez que el área refleja de la función hepatobiliar (la acción más característica entre la de sus puntos distales) se sitúa sobre la pared anterior del abdomen. Por consiguiente, es más fácil enlazar con ella desde una zona igualmente anterior como es la región inguinal (cuando, además, el citado meridiano posee un punto próximo a la mencionada región, como el VB 29).

Todo lo anterior, nos obliga a mantener para el meridiano vesícula biliar la conexión VB 30 - TM 1, debido a la distribución de sus puntos a lo largo del miembro inferior. Al mismo tiempo, debemos de dar la unión VB 29 - E 30, por la necesidad de conectar con una zona de tránsito homóloga topográficamente a la zona refleja hepatobiliar.

3.1. Conexiones con la zona anatómica de tránsito anal.

En el borde posterior del ano, TM 1, se inicia el recorrido profundo de los meridianos de la parte postero-externa del miembro inferior, meridianos vejiga y vesícula biliar, en armonía al significado topográfico de las zonas que recorren.

Por no presentar los meridianos mencionados puntos propios en la zona de tránsito, se precisa enlazar con la misma. Estas uniones parten de los puntos más próximos de los respectivos meridianos, V 50, para el meridiano vejiga, y VB 30, para el meridiano vesícula biliar, finalizando ambas conexiones en el punto TM 1.

3.2. Conexiones con la zona anatómica de tránsito hueco supraclavicular.

Todos los meridianos yang del cuerpo, tanto los del

miembro superior (meridianos intestino grueso, triple recalentador e intestino delgado) que tradicionalmente ascienden hacia la cabeza, como los del miembro inferior (meridianos estómago, vesícula biliar y vejiga) que tradicionalmente desciende de la cabeza, tienen una zona de tránsito en el cuello.

El meridiano vejiga, al transcurrir muy próximo a la línea media posterior, presenta una zona de tránsito propia, V 10, en la cara posterior del cuello.

Los restantes meridianos yang presentan su zona de profundización en la base anterior del cuello, hueco supraclavicular. En esta zona, se encuentra únicamente el punto E 12. Es menester, por consiguiente, un sistema de conexiones desde el punto más próximo de los meridianos yang restantes al punto E 12.

Por otra parte, dicha zona es utilizada por los meridianos yang del miembro superior para alcanzar la profundidad y, también, para desde ésta conseguir la extremidad cefálica. Por ello, es necesario describir en los referidos meridianos, además de una rama aferente, una rama eferente desde el punto E 12.

Las ramas aferentes, desde los correspondientes meridianos al punto E 12, parten de los puntos: VB 21, para el meridiano vesícula biliar; IG 16, para el meridiano intestino grueso; TR 15, para el meridiano triple

recalentador: e ID 15, para el meridiano intestino delgado.

Las ramas eferentes, desde el punto E 12 a los meridianos yang del miembro superior, llegan a los puntos: IG 17, para el meridiano intestino grueso; ID 16, para el meridiano intestino delgado; y TR 16, para el meridiano tripie recalentador. Si observamos, estas ramas eferentes de tránsito son empleadas en los correspondientes meridianos yin acoplados como ramas de referencia terapéutica.

4. CONEXIONES CLÍNICAS.

Estas ramas son descritas con el fin de dar explicación a una serie de fenómenos locales que se producen con la práctica de la acupuntura. Se encuentran descritas únicamente en las partes distales de los miembros.

4.a. En el miembro superior.

En las descripciones tradicionales de los meridianos pulmón y maestro corazón, podemos apreciar dos hechos llamativos.

De una parte, el sentido centrífugo del vaso Lo longitudinal pulmón, terminando en la eminencia tenar. Por otro lado, la rama descrita a partir del punto

palmar MC 8 hacia el borde externo del dedo meñique.

Para llegar a comprender aquellos sorprendentes recorridos, analizaremos las estructuras anatómicas punturadas en los puntos P 7 y MC 8, así como los fenómenos que se producen en el transcurso de su utilización.

Con respecto al punto P 7, su puntura produce enrojecimiento, sensación de pinchazo y, a veces, de frialdad en una zona predominante, dedo índice y pulgar. Todo ello se explica por una acción vasoactiva sobre la arteria radial y su rama terminal. Igualmente, la acción sobre la rama arterial radio-palmar puede explicar un acción sobre la eminencia tenar, por la cual se distribuye. La estimulación del nervio musculocutáneo explica las parestesias surgidas en la eminencia tenar.

Al no considerar los vasos secundarios, la conexión queda como una rama clínica que del punto P 7 se dirige a la eminencia tenar.

En relación al punto MC 8, su sustrato anatómico corresponde a un paquete nervioso procedente del nervio mediano. Este último tiene más proximalmente una conexión con el nervio cubital, cuyo territorio sensitivo de distribución es, predominantemente, los dedos anular y meñique. Por consiguiente, es posible que al punturar dicho punto surgan fenómenos de parestesias y hormigeos

en la zona donde se distribuye el nervio cubital, por estimulación de la anastomosis de dicho nervio con el nervio mediano. De ahí la necesidad de crear una rama que recorra la zona afectada.

4.b. En el miembro inferior.

En este grupo entraría la rama descrita en el meridiano estómago, que desde el punto E 36 desciende por la pierna hacia el lado externo del 3er. dedo. En dicho punto, se puntura el nervio tibial anterior, cuya estimulación produce calambres y sensaciones parestésicas en el dorso del pie y de los dedos.

En definitiva, todas estas ramas son descritas - insistimos- en base a una serie de fenómenos que se producen al punturar los puntos de origen, y por tanto, son explicadas a través de las estructuras anatómicas de dichos puntos.

5. CONEXIONES TRADICIONALES ENERGÉTICAS.

Estas conexiones surgen de la necesidad de explicar el recorrido de la energía por la superficie corporal, así como para hacer posible los planteamientos filosóficos en la terapéutica acupuntural. En estas uniones tenemos que distinguir dos tipos.

En uno se encuadrarían los enlaces establecidos en la parte distal de los miembros entre los meridianos acoplados. Son los tradicionales vasos Lo transversales, resultado de la asociación de los meridianos que transcurren por una misma zona del miembro, anterior, media y posterior.

El estudio del uso terapéutico significativo de cada una de los puntos implicados, así como el análisis del correspondiente sustrato anatómico no describe una posible base que dé explicación a tal asociación tradicional.

No obstante, en la distribución topográfica de los diferentes puntos Lo con respecto a sus correspondientes puntos Iunn, observamos que, independientemente al sentido de la circulación de la energía en los meridianos, los puntos Lo se encuentran proximales con respecto a sus puntos Iunn. Es decir, todos los vasos Lo transversales se definen como ramas centrífugas. No conocemos la razón de la elección de los puntos que constituyen tales vasos Lo transversales. Sin embargo, mantenemos las anteriores uniones por su importancia en la terapéutica tradicional. La denominaremos como **conexiones tradicionales de acoplamiento energético.**

En un segundo tipo, quedarían incluidas las conexiones que hacen posible el círculo energético. Estas

están constituidas por el último punto de un meridiano y el inicial del meridiano siguiente en el mencionado círculo. Las agruparemos bajo el epígrafe de conexiones tradicionales del círculo energético.

Como en apartados anteriores, estudiaremos las conexiones según el segmento donde se encuentran.

5.a. Conexiones tradicionales energéticas de los miembros.

5.a.1. Del miembro superior.

- Conexiones de acoplamiento energético.

Como ya hemos señalado, los meridianos acoplados de una extremidad corren a lo largo de una misma zona, anterior, media o posterior. Los puntos implicados en estas conexiones son: el punto Lo del meridiano al que se adscribe y el punto Iunn del meridiano acoplado.

Así, en la zona posterior podemos describir estas conexiones siguiendo una sucesión craneo-caudal impuesta por su origen. Del punto Lo del meridiano intestino delgado (ID 7) al punto Iunn del meridiano corazón (C 7), conexión de acoplamiento energético del meridiano intestino delgado. Del punto Lo del meridiano corazón (C 5) al punto Iunn del meridiano intestino delgado (ID 4), correspondiente a la conexión de acoplamiento del meri-

diano corazón.

De igual forma, las uniones de la zona anterior se pueden enunciar siguiendo el anterior orden. Del punto Lo del meridiano intestino grueso (IG 6) al punto Iunn del meridiano pulmón (P 9), conexión de acoplamiento del meridiano intestino grueso. Del punto P 7, punto Lo del meridiano pulmón, al punto IG 4, punto Iunn del meridiano intestino grueso, se describe la conexión de acoplamiento energético del meridiano pulmón.

En la zona media, estas uniones no pueden transcurrir por ninguno de los bordes del miembro. Por consiguiente, debemos considerarlas como conexiones perforantes. Todos los puntos integrantes de estas conexiones se encuentran a dos niveles. No obstante, la conexión de acoplamiento del meridiano maestro corazón va desde un punto craneal, su punto Lo (MC 6), a un punto caudal, punto Iunn del meridiano triple recalentador (TR 4). Del mismo modo, la conexión de acoplamiento del meridiano triple recalentador va desde un punto craneal, su punto Lo (TR 5), a un punto caudal, punto Iunn del meridiano maestro corazón (MC 7).

- Conexiones del círculo energético.

Estas uniones están constituidas por el último punto de un meridiano centrífugo y el primero del siguiente meridiano centripeto en el círculo energético.

Sólo el punto final del meridiano corazón y el inicial del meridiano intestino delgado, se encuentran en un mismo dedo, meñique. Por ello, es posible dibujar sobre la superficie corporal una rama de unión C 9 - ID 1, que dé esplicación a la circulación de la energía.

Los restantes meridianos acoplados sitúan sus puntos distales en diferentes dedos. De forma que el punto final del meridiano pulmón (P 11) se encuentra en el dedo pulgar, mientras el punto inicial de su meridiano acoplado, meridiano intestino grueso (IG 1), se sitúa en el dedo índice. Por otra parte, el punto final del meridiano maestro corazón (MC 9), está colocado en el dedo medio, mientras el inicial de su meridiano acoplado se sitúa en el dedo anular, TR 1. Así, las uniones del círculo energético que resultan (P 11 - IG 1; MC 9 - TR 1), no transcurren por una superficie coporal.

Por tanto, además de las conexiones antes citadas, son necesarias unas uniones que trazadas sobre la piel enlacen las anteriores parejas de meridianos. De esta manera surgen las tradicionales conexiones MC 8 - TR 1 y P 7 - IG 1. En estas uniones se aprovecha, de una parte, los fenómenos clínicos observados con la puntura de los puntos MC 8 y P 7, que antes hemos citado.

De otra parte, se utiliza el punto MC 8 porque es el único punto del meridiano maestro corazón situado en la

palma de la mano, por tanto, más próximo al punto inicial del meridiano triple recalentador (TR 1). Se emplea el punto P 7, por ser el punto del cual emerge tradicionalmente el vaso Lo longitudinal pulmón, con un sentido centrifugo. Este sentido facilita el recuerdo de tal conexión energética.

5.a.2. Del miembro inferior.

- Conexiones de acoplamiento energético.

Al igual que en la extremidad superior, los meridianos de este miembro se encuentran asociados según la zona por donde transcurren, anterior, media o posterior. Las ramas que los unen por parejas (los tradicionales vasos Lo transversales) discurren también desde un punto craneal, punto Lo del meridiano origen, a un punto caudal, punto Iunn del correspondiente meridiano acoplado.

En la zona anterior, se encuentra la conexión de acoplamiento del meridiano estómago que desde su punto Lo (E 40), desciende al punto Iunn del meridiano bazo (B 3). Igualmente, se sitúa la conexión del meridiano bazo, desde su punto Lo, B 4, al punto Iunn del meridiano estómago, E 42.

En la zona media, los dos puntos Lo se sitúan a igual altura. Del punto Lo del meridiano vesícula biliar

(VB 37) desciende su conexión de acoplamiento al punto H 3, punto Iunn del meridiano hígado. Del punto H 5, punto Lo del meridiano hígado, parte su conexión de acoplamiento hacia el punto VB 40, punto Iunn del meridiano vesícula biliar.

En la zona posterior, la conexión del meridiano vejiga se origina en su punto Lo (V 58), descendiendo hacia el punto R 3, punto Iunn. La conexión del meridiano riñón se origina en su punto Lo, R 4, y termina en el punto Iunn del meridiano vejiga, V 64.

- Conexiones del círculo energético.

En esta extremidad, sólo podemos enlazar por medio de un recorrido cutáneo el punto final del meridiano vejiga (V 67, ángulo externo del 5º dedo) con el punto inicial del meridiano riñón (R 1, tercio anterior de la planta del pie).

En las dos restantes parejas de meridianos acoplados, además de la unión de cada uno de los puntos finales con sus respectivos iniciales, hace falta una conexión más. Esta recorrería, de una forma lógica, la superficie cutánea, ya que los puntos distales se encuentran en ángulos ungueales de diferentes dedos.

Así, el punto final del meridiano estómago, E 45, se encuentra en el ángulo ungueal externo del 2º dedo, mientras el punto inicial de su meridiano acoplado, B 1,

se coloca en el ángulo interno del dedo gordo. Igualmente, el punto final del meridiano vesícula biliar, VB 44, se encuentra en el ángulo ungueal externo del 4º dedo, mientras el punto inicial de su meridiano acoplado se sitúa en el ángulo ungueal externo del dedo gordo, H 1.

Las conexiones que tradicionalmente se dan para solucionar el problema son: desde los puntos E 41 ó E 42 al punto B 1, para conectar los meridianos estómago y bazo, y del punto VB 41 al H 1, para unir el meridiano vesícula biliar con hígado.

5.b. Conexiones tradicionales energéticas en el toráx.

- Conexiones del círculo energético.

En el toráx, no existen uniones de acoplamiento energético, propias de los miembros. En este segmento se produce la conexión entre los meridianos yin de abajo y los yin de arriba (del miembro inferior y del superior, respectivamente) para que el círculo energético no se fraccione. A este fin se unen las siguientes parejas de meridianos: meridiano riñón y meridiano maestro corazón (R 22 - MC 1), meridiano hígado y meridiano pulmón (H 14 - P 1), y, por último, meridiano bazo y corazón (B 21 - C 1). En estas uniones observamos dos hechos importantes

que son precisos destacar.

Por una parte, el origen de estas ramas energéticas se encuentra siempre en la parte inferior del tórax, porque en ella finaliza "energéticamente" los meridianos yin del miembro inferior: B 21 (6º espacio intercostal), H 14 (6º espacio intercostal) y R 22 (5º espacio).

Si observamos el trayecto de los meridianos bazo y riñón, vemos que estos meridianos tienen puntos en zonas superiores de la pared tóraca. El primer meridiano asciende hasta el 2º espacio intercostal, mientras el meridiano riñón llega incluso hasta el hueco infraclavicular.

De esta forma, el origen de estas ramas energéticas es siempre el punto torácico más caudal del respectivo meridiano. Todo lo anterior nos explica el uso del punto R 22, y el descenso del meridiano bazo desde el 2º espacio intercostal al 6º, para usar el punto B 21.

De otra parte, al situarse los puntos destino de estas uniones en la parte superior del tórax (P 1, surco deltopectoral; C 1, vértice axilar; MC 1, situado en el 4º espacio intercostal), es factible el trazado sobre la superficie corporal de las uniones del círculo energético. Por tanto, no es preciso crear vías accesorias que expliquen objetivamente el círculo energético, pues éste ya las posee.

5.c. Conexiones tradicionales energéticas en la cabeza.

- Conexiones del círculo energético.

En la cabeza observamos, una vez más, que estas uniones surgen de la necesidad de unir dos meridianos para formar un círculo energético. Siempre que sea posible se enlaza el último punto del meridiano recorrido con el inicial del siguiente meridiano a recorrer en el círculo. Esto ocurre con la unión del meridiano triple recalentado con el meridiano vesícula biliar. En esta conexión se enlaza el punto final del primer meridiano, TR 23, con el inicial del segundo meridiano, VB 1, por encontrarse ambos puntos próximos, en el extremo externo del ojo.

Por la misma razón, se unen el punto final del meridiano intestino grueso (IG 20), con el inicial del meridiano estomago (E 1).

En cambio, el punto final del meridiano intestino delgado (ID 19, región preauricular) se encuentra distante del punto inicial del siguiente meridiano, meridiano vejiga (V 1). Por ello, el punto origen de la rama energética del meridiano intestino delgado es el punto ID 18, situado bajo el pómulo, al ser el punto más próximo al inicial del siguiente meridiano, V 1.

5.d. Conexiones tradicionales energéticas de los meridianos extra-ordinarios. :

Este punto no corresponde al estudio de un determinado segmento corporal, sino al análisis de la pareja de meridianos Jenn Mo y Tou Mo. Por la peculiaridad de estos vasos lo agrupamos en un punto aparte.

Dichos meridianos extra-ordinarios no intervienen en la constitución del círculo energético de los meridianos principales. Sin embargo, estos dos meridianos extra-ordinarios con puntos propios forman un círculo energético, la circulación menor. Por ello se hace necesario unirlos con el fin de formar el círculo mencionado. Ello se consigue mediante la conexión de sus respectivos puntos iniciales, TM 1 y JM 1, y de sus respectivos puntos finales, TM 27 y JM 24. Se elige el punto TM 27 por encontrarse más próximo al punto final del meridianos Jenn Mo que el punto TM 28, punto final del meridianos Tou Mo, situado en el interior de la boca.

6. CONEXIONES TOPOGRÁFICAS.

En este punto, mencionaremos las uniones que, presentes en las descripciones tradicionales, puedan ser consideradas como descriptivas de recorridos anatómicos, es decir, de referencias topográficas. Como ya hemos

dicho, son innecesarias pues no añade nada nuevo al trayecto del correspondiente meridiano. Sin embargo, es preciso conocerlas para saber de su existencia. La presentamos agrupadas por regiones anatómicas.

6.a. Conexiones topográficas en el miembro inferior.

Destacar en el tercio medio de la cara interna de la pierna, las conexiones: R 8 - B 6 - R 9, descrita en el meridiano riñón y H 4 - B 6 - H 5, mencionada en el meridiano hígado. Todos los anteriores puntos subrayados se encuentran en una misma referencia anatómica, borde interno de la tibia, a pesar de pertenecer a diferentes meridianos. Definen, así, una línea longitudinal de puntos, con una secuencia caudo-cefálica R 8 - B 6 - H 5. De esta línea se han obtenido, por desdoblamiento, los puntos de los diferentes meridianos, que transitan por la unión del tercio inferior con los dos tercios superiores de la cara interna de la pierna.

La conexión H 4 - B 6, es tan sólo una unión de tipo topográfico. Con ella se quiere significar cómo el meridiano hígado alcanza el borde interno de la tibia para, posteriormente, ascender a su siguiente punto H 5. De igual forma, la unión R 8 - B 6 - R 9, es de tipo topográfico; explicándose así cómo el trayecto del meridiano riñón asciende desde el punto R 8 hacia R 9.

siguiendo el borde interno de la tibia (B 6).

No nos debe sorprender que exista una similitud en cuanto al uso terapéutico de los puntos subrayados, ya que todos ellos poseen un idéntico sustrato anatómico.

6.b. Conexiones topográficas en el tronco.

El paso del miembro inferior al abdomen, es decir, el recorrido por el pliegue inguinal se encuentra dibujado en el tradicional trayecto principal del meridiano hígado por la sucesión H 11 - H 12 - B 12 - B 13, alcanzando así la pared abdominal.

De igual forma, en las descripciones tradicionales, existe una conexión que explica de manera gráfica el paso del abdomen al tórax (B 16 - VB 24 - H 14 - B 17, en el meridiano bazo), y otra, del tórax al abdomen (VB 24 - H 13 - VB 25, en el meridiano vesícula biliar).

Con respecto a las conexiones del párrafo anterior, la primera unión se extiende entre los puntos consecutivos del meridiano bazo, B 16 y B 17, pero haciendo como una derivación entre aquellos dos que pasa por los puntos VB 24 y H 14,

Quizás la única razón que existe se la de vecindad con el tórax (que nosotros hemos llamado razón topográfica). Estando el punto H 14, en el 6º espacio, y el VB 24, en el 7º, se puede decir que el meridiano bazo tiene

una amplia representación torácica. No se advierte que esta conexión pueda seguir fines terapéuticos.

Por otra parte, con la conexión VB 24 - H 13 - VB 25, se trata de poner de manifiesto el deslizamiento del meridiano vesícula biliar a través del reborde costal (VB 24 - H 13), con objeto de alcanzar el dorso (VB 25).

Existe una clara unión topográfica en la pared anterior de la axila entre los puntos B 20, en el 2º espacio intercostal, y P 1, en el surco deltopectoral, sobre el 1er. espacio intercostal. Ambos puntos se encuentran situados sobre una misma vertical distante de la línea media 12 cm.

6.c. Conexiones topográficas en la cabeza.

En este segmento, se relaciona los puntos TM 24 - V 3 - V 4 - VB 15, en el meridiano vejiga. De igual forma, se escoge el punto TM 24, para derivar hacia el punto E 8, en el meridiano intestino grueso. La razón de relacionar todos los anteriores puntos se encuentran en su posición topográfica. Todos ellos (TM 24 - V 3 - V 4 - VB 15 - E 8) se sitúan inmediatamente por detrás de la línea de inserción de los cabellos.

Idéntico sentido presenta la unión V 9 - TM 17, citada en el meridiano vejiga. Ambos puntos se encuentran al mismo nivel, en la protuberancia occipital

externa.

7. VISION EN COJUNTO DE LAS UNIONES ENTRE PUNTOS DE DIFERENTES MERIDIANOS.

A lo largo del presente trabajo, hemos tenido la oportunidad de observar como los distintos puntos de acupuntura se van asociando progresivamente, de diversas maneras, en función de diferentes motivos.

Inicialmente, podemos imaginar que ante la abrumadora cantidad de puntos, definidos sobre la superficie corporal, se precisa ordenarlos de una manera didáctica. Se escoge un criterio topográfico, asociándolos en una serie de líneas longitudinales, los meridianos. De esta forma quedan definidos los puntos propios.

Más adelante, se necesita explicar, de una manera simbólica, la acción terapéutica de los puntos. Así, surgen la creación de un conjunto de recorridos internos, y la circulación de los respectivas líneas superficiales de los meridianos al interior del cuerpo. Esto último se realiza a través de unas zonas anatómicas de tránsito y por medio de las conexiones de tránsito, las cuales enlazan cada meridiano con su correspondiente zona. De esta manera, cada meridiano consigue llegar a la profundidad y recorrerla, quedando explicado el em-

pleo terapéutico de los puntos constituyentes de un meridiano.

De igual forma, de la contemplación corporal se observa la presencia del funcionalismo interno sobre la superficie corporal. Este espejismo del interior es utilizado para dibujar metafóricamente órganos, funciones o regiones corporales sobre la piel correspondiente, áreas reflejas tradicionales. Al tiempo, estas áreas son introducidas en la descripción de los meridianos para explicar una acción interna de los puntos distales de los meridianos. Por ello, se precisa unas conexiones de referencia terapéutica, ante la necesidad de enlazar un meridiano con una acción particular con el área refleja correspondiente.

Por último, para explicar la vitalidad de toda la superficie corporal aparece la circulación energética. Para hacerla efectiva se crea un círculo sin fin con los meridianos acupunturales y se definen un conjunto conexiones del círculo energético, entre el último punto de un meridiano y el inicial de siguiente. Para enriquecer el transvase energético en las zonas más importantes para la terapéutica acupuntural, los miembros, se definen las conexiones de acoplamiento, de acuerdo con las ideas filosóficas reinantes.

En toda descripción de los meridianos, se debería de

diferenciar cada uno de los conceptos mencionados. De esta manera, se entenderían los meridianos como el esfuerzo de ordenar y relacionar un conjunto de zonas cutáneas terapéuticas, con el fin de facilitar y explicar su uso terapéutico.

TABLA 19. PUNTOS REFLEJOS EN EL TRONCO EN LAS DESCRIPCIONES TRADICIONALES.

<u>PUNTOS REFLEJOS</u>	<u>MERIDIANOS DONDE SE MENCIONAN</u>	<u>ORGANOS CONECTADOS</u>
JM 2	Meridiano Tou Mo	Organos genitales
JM 3	Meridiano Riñón	Vejiga
JM 4	Meridiano Riñón	Vejiga
JM 5, JM 6, JM 7	Meridiano Maestro Corazón	Fogón Inferior
JM 8	Meridiano Jenn Mo	Profundiza en abdomen
JM 9	Meridiano Pulmón	Fogón inferior
JM 10	Meridiano Estómago y Bazo	Estómago
JM 12	Meridiano Pulmón y Maestro Corazón	Calentador Medio
	Meridiano Estómago e Intestino Delgado	Estómago
JM 13	Meridiano Pulmón	Calentador Medio
	Meridiano Estómago e Intestino Delgado	Estómago
B 15	Meridiano Bazo	Intestino Grueso
E 25	Meridiano Intestino Grueso	Intestino Grueso
H 13	Meridiano Vesícula Biliar e Hígado	Vesícula Biliar
H 14	Meridiano Hígado	Pulmón
JM 15	Meridiano Jenn Mo	Profundiza en abdomen
V 23	Meridiano Vejiga y Tou Mo	Riñón
VB 26 - VB 27 - VB 28	Meridiano Riñón	Riñón
JM 17	Meridiano Pulmón y Maestro Corazón	Calentador Superior
	Meridiano Corazón, Intestino delgado, y Riñón	Corazón
	Meridiano Triple Recalentador	Maestro Corazón

TABLA 20.

MERIDIANOS EN EL HOMBRO

MERIDIANO INTESTINO DELGADO	→ IO 13 - V 38 - IO 14 - V 11 - IO 15 - TM 14 - E 12 - IO 16 -
MERIDIANO TRIPLE RECALENTADOR	→ TR 14 - IO 12 - TR 15 - VB 21 - TM 14 - E 12 - TR 16 -
MERIDIANO INTESTINO GRUESO	→ IG 15 - IG 16 - IO 12 - TM 14 - E 12 - IG 17 -
MERIDIANO VEJIGA	→ V 10 - TM 14 - TM 13 - V 11 -
MERIDIANO VESICULA BILIAR	→ VB 20 - IO 17 - TM 14 - VB 21 - IO 12 - E 12 - VB 22 -

LÁMINAS CXIV A CXXV.

ÁREAS REFLEJAS TRADICIONALES Y
CONEXIONES TRADICIONALES ENERGÉTICAS.

SITUACIÓN, CONSTITUCIÓN Y SIGNIFICADO.

Símbolos utilizados en las Láminas CXIV a CXIX.

⊙	Punto Reflejo Acupuntural o Tradicional.
.....	Limite del Area Refleja Tradicional Ocular.
xxxxxxx	Limite del Area Refleja Tradicional de la Nariz.
-----	Limite del Area Refleja Tradicional de la Boca.
=====	Limite de Otras Areas Reflejas Tradicionales.

Abreviaturas empleadas en las láminas CXIV a CXIX.

Areas Reflejas Acupunturales o Tradicionales Algicas.

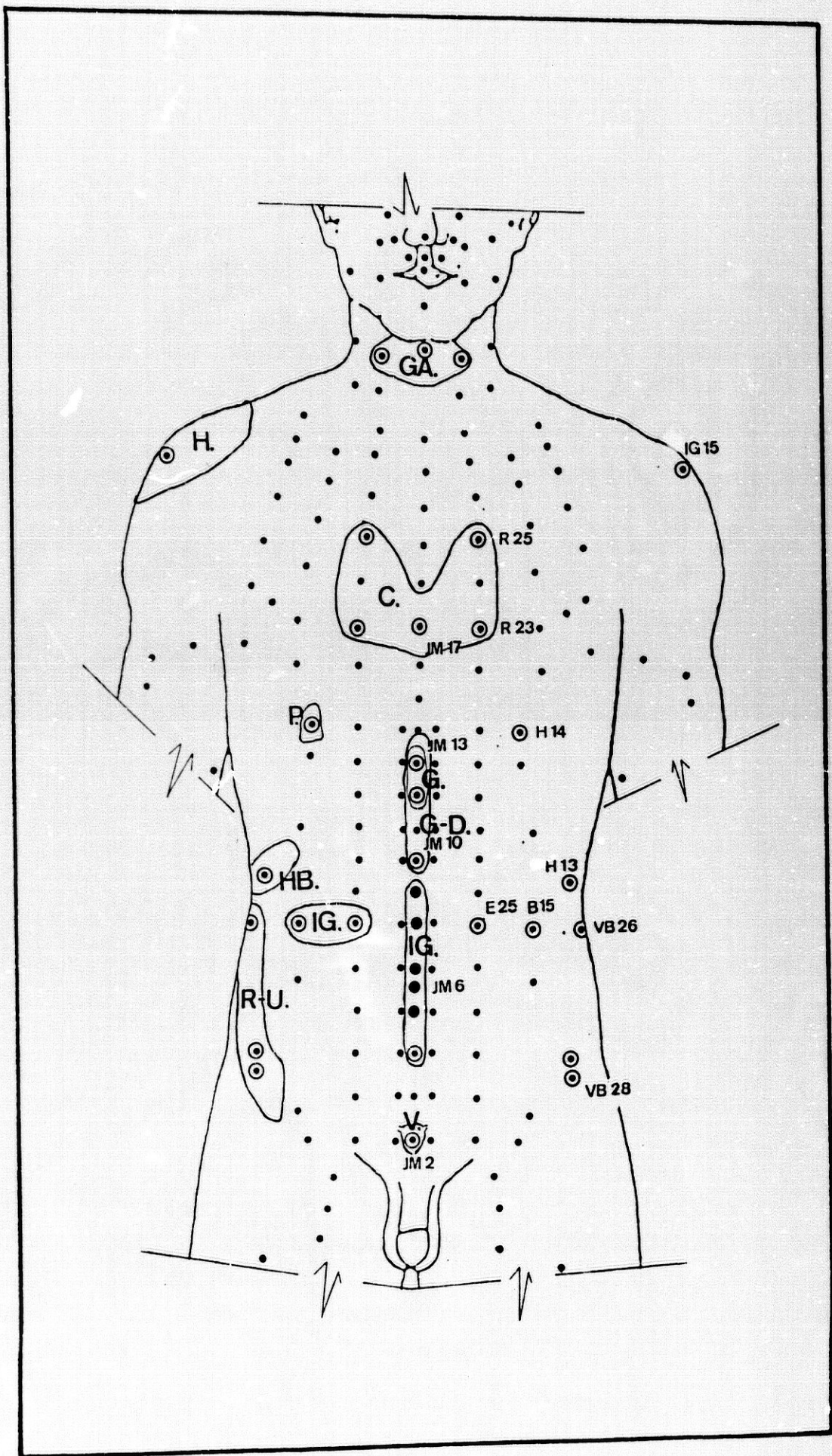
CA.	Area Refleja de las Algias Cefálicas.
FA.	Area Refleja de las Algias Faciales.
CU.	Area Refleja de las Algias de Cuello.
H.	Area Refleja de las Algias de Hombro.
L.	Area Refleja de las Algias Lumbares.

Areas Reflejas Acupunturales o Tradicionales Viscerales.

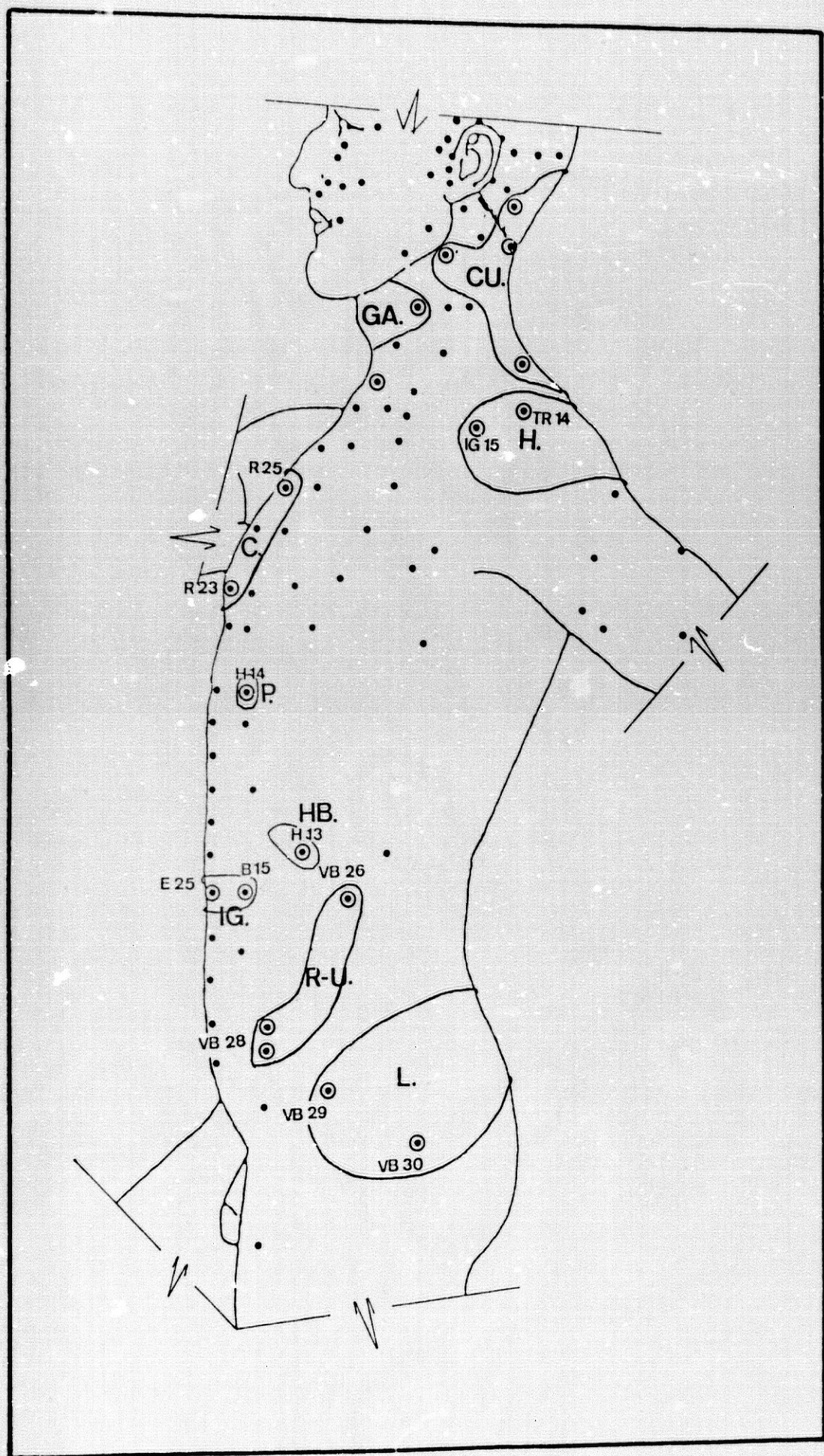
OC.	Area Refleja del Aparato Ocular.
A.	Area Refleja del Aparato Auditivo-vestibular.
N.	Area Refleja de la Nariz.
B.	Area Refleja de la Boca.
GA.	Area Refleja de la Garganta.
C.	Area Refleja Cardiaca.
P.	Area Refleja Pulmonar.
G.	Area Refleja Gástrica.
G-D.	Area Refleja Gastroduodenal.
IG.	Area Refleja del Intestino Grueso.
R.	Area Refleja Renal.
R-U.	Area Refleja Riñón-Ureter.
V.	Area Refleja Vesical.

Areas Refleja Acupuntural o Tradicional Psíquicas.

PSQ.	Area Refleja del Psiquismo.
------	-----------------------------

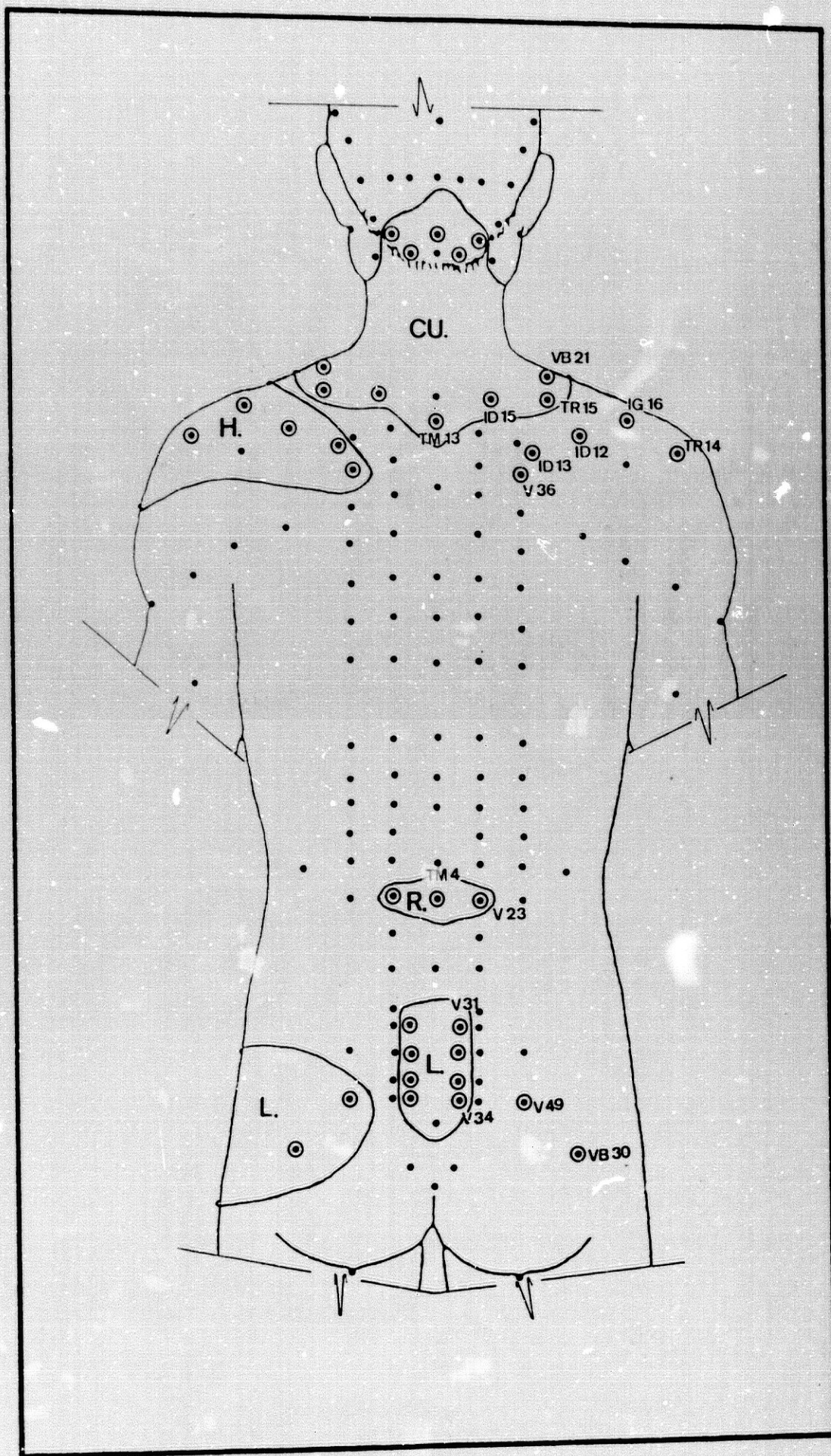


LAMINA CXIV
 Areas reflejas acupunturales o tradicionales en el tronco. Visión anterior.

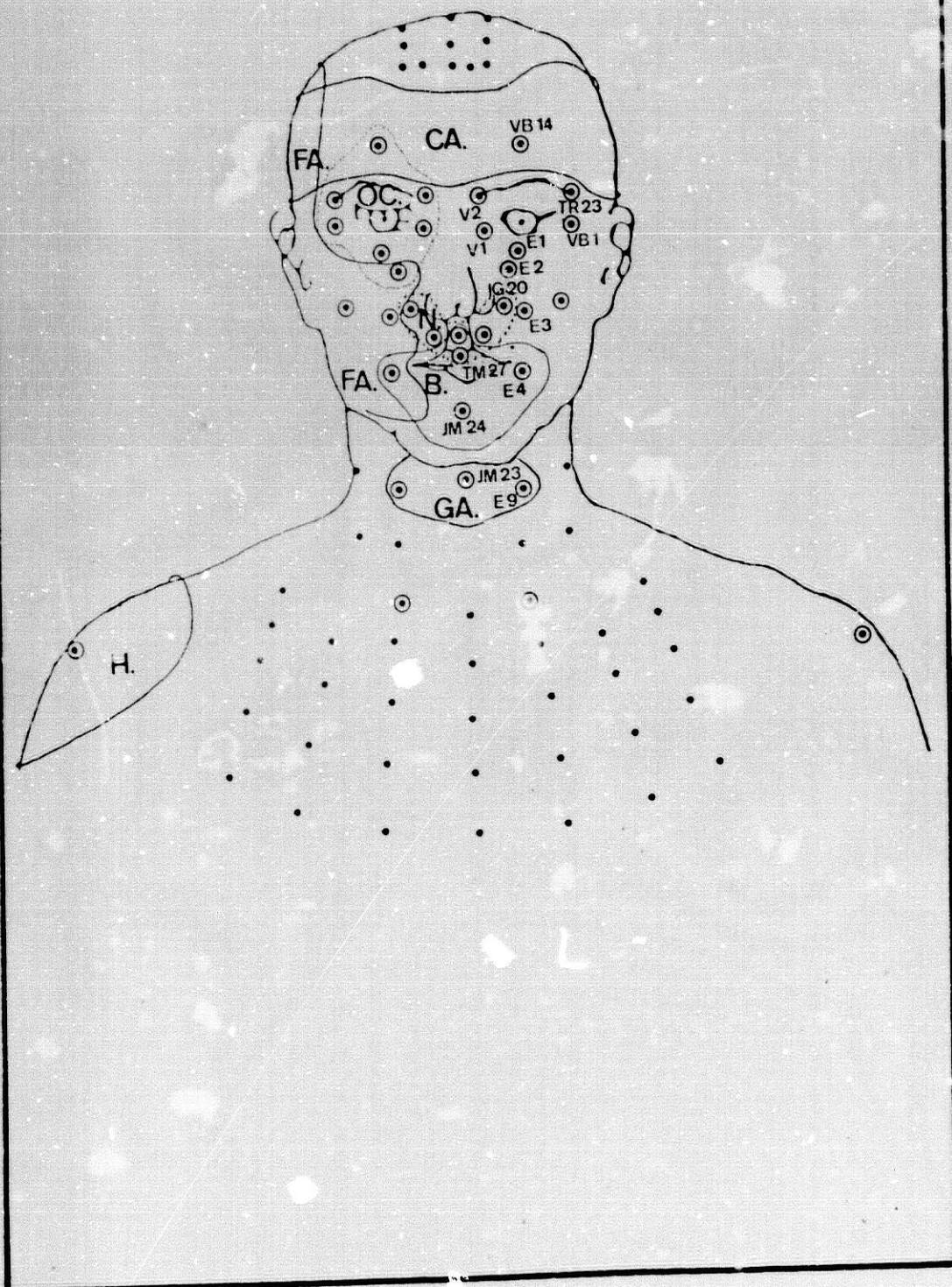


LAMINA CXV

Areas reflejas acupunturales o tradicionales en el tronco. Visión lateral.

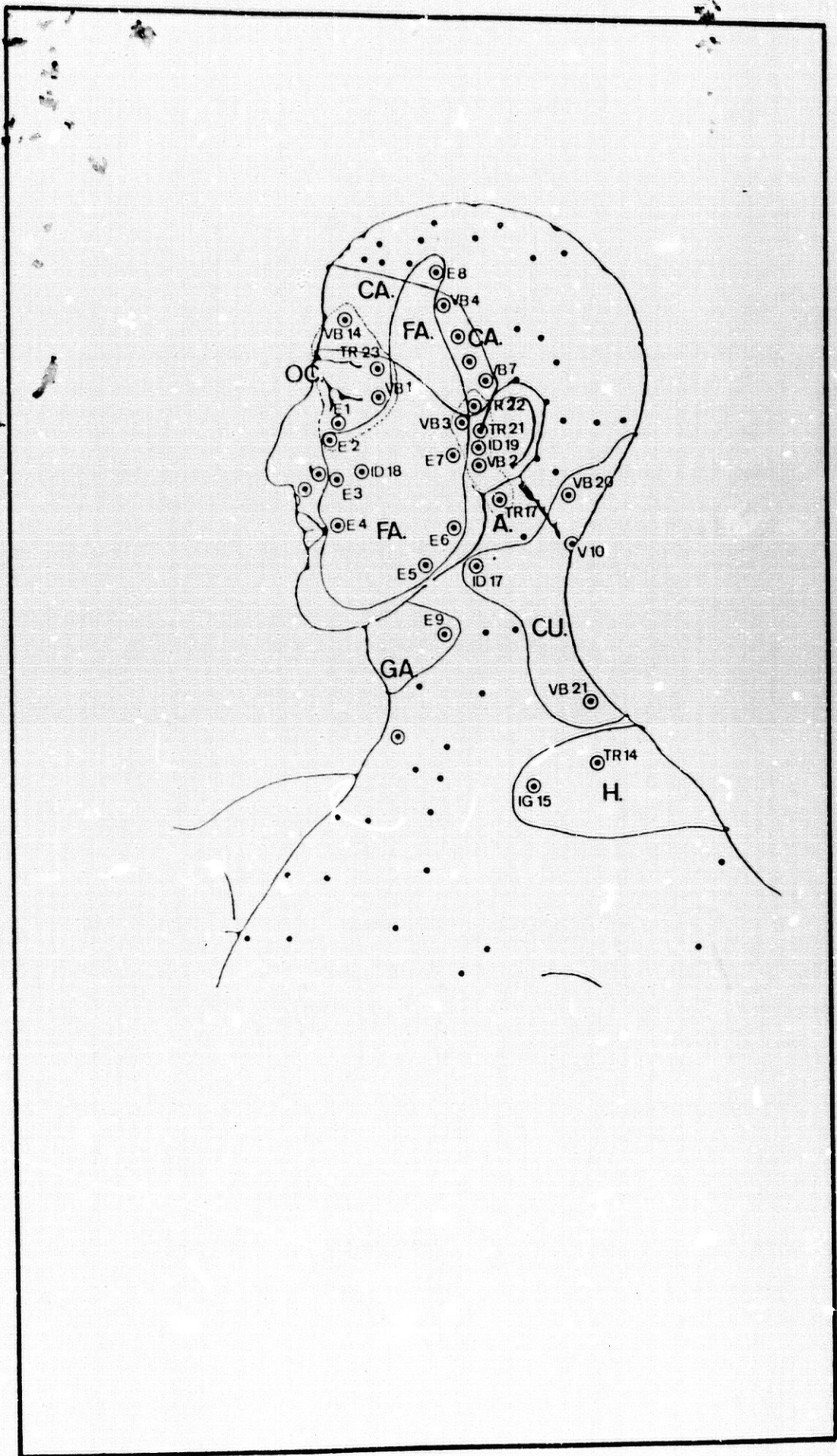


LAMINA CXVI
 Areas reflejas acupunturales o tradicionales en el tronco. Visión posterior.



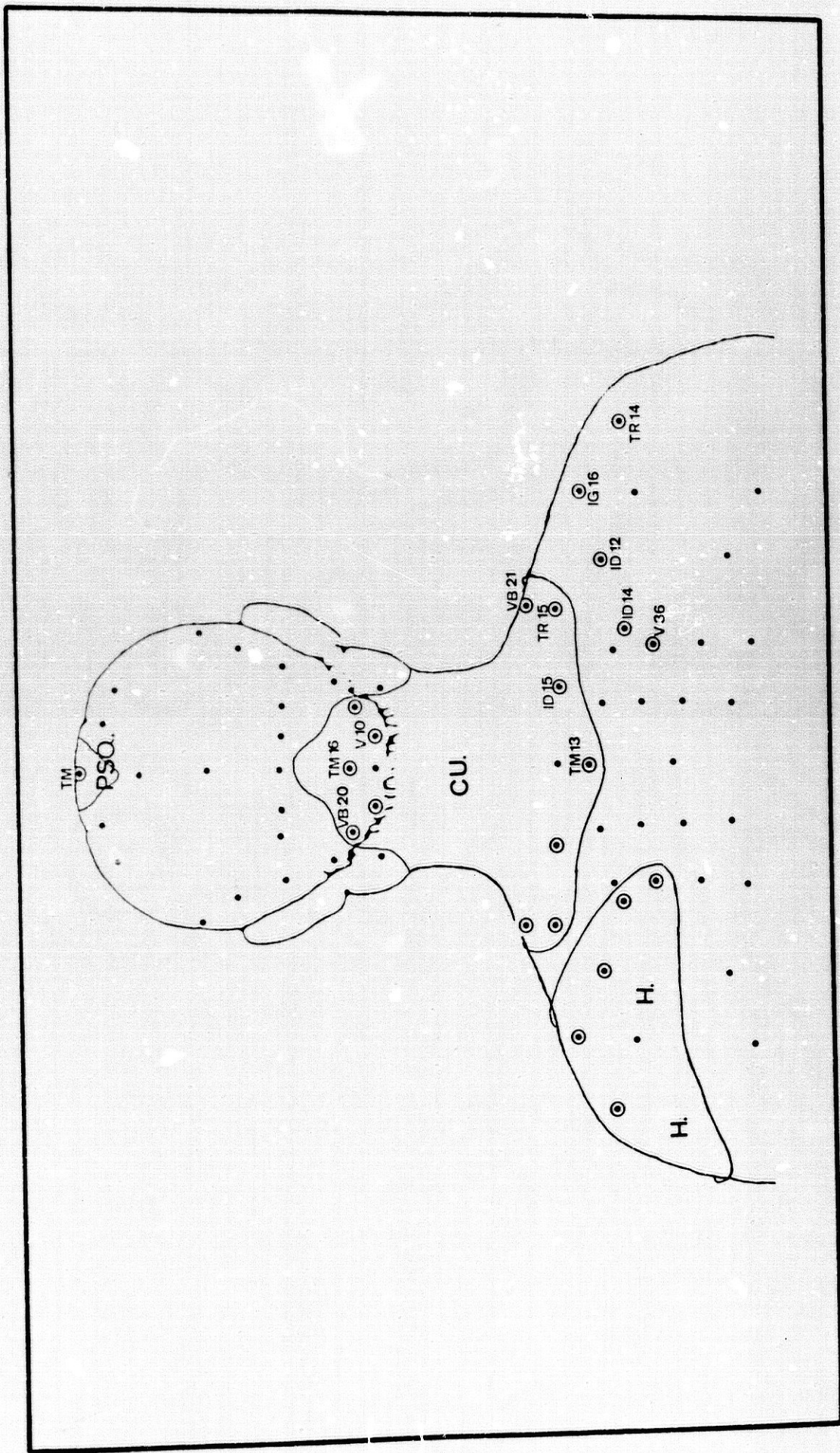
LAMINA CXVII

Areas reflejas acupunturales o tradicionales en cuello y cabeza. Visión anterior.



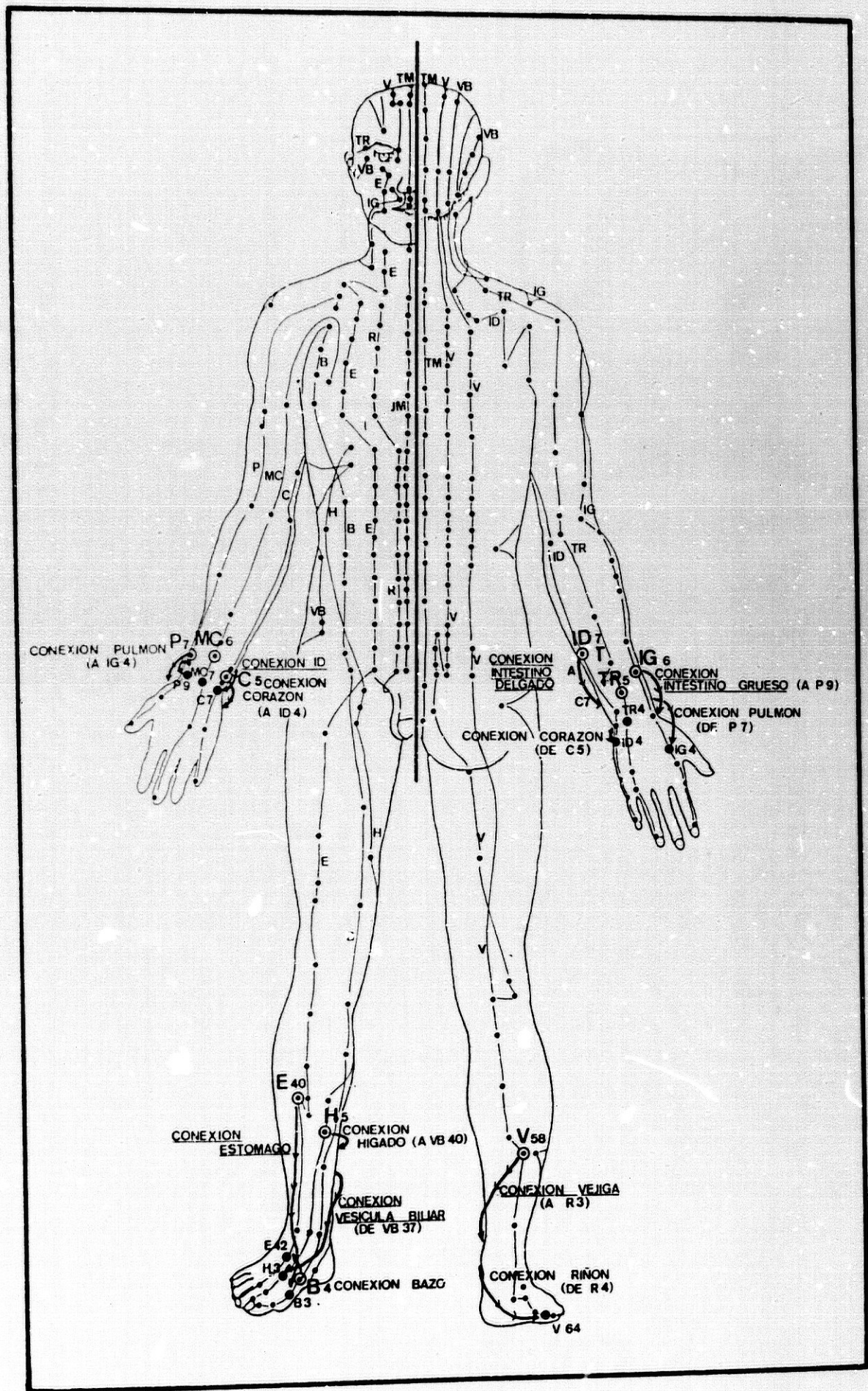
LAMINA CXVIII

Áreas reflejas acupunturales o tradicionales en cuello y cabeza. Visión lateral.



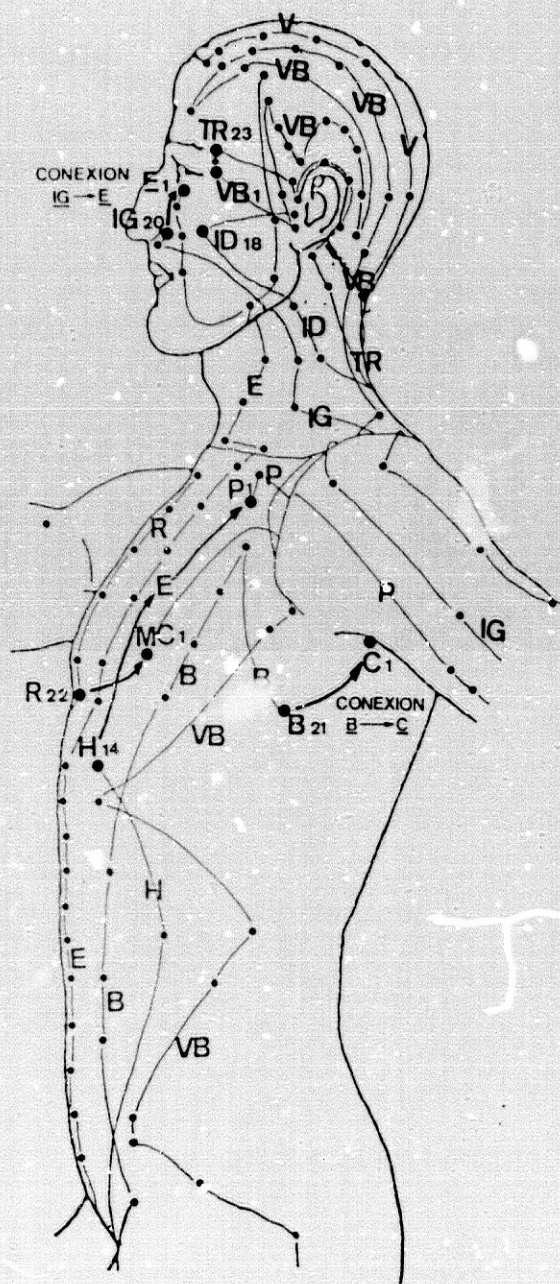
LAMINA CXIX

Areas reflejas acupunturales o tradicionales en cuello y cabeza. Visión posterior.



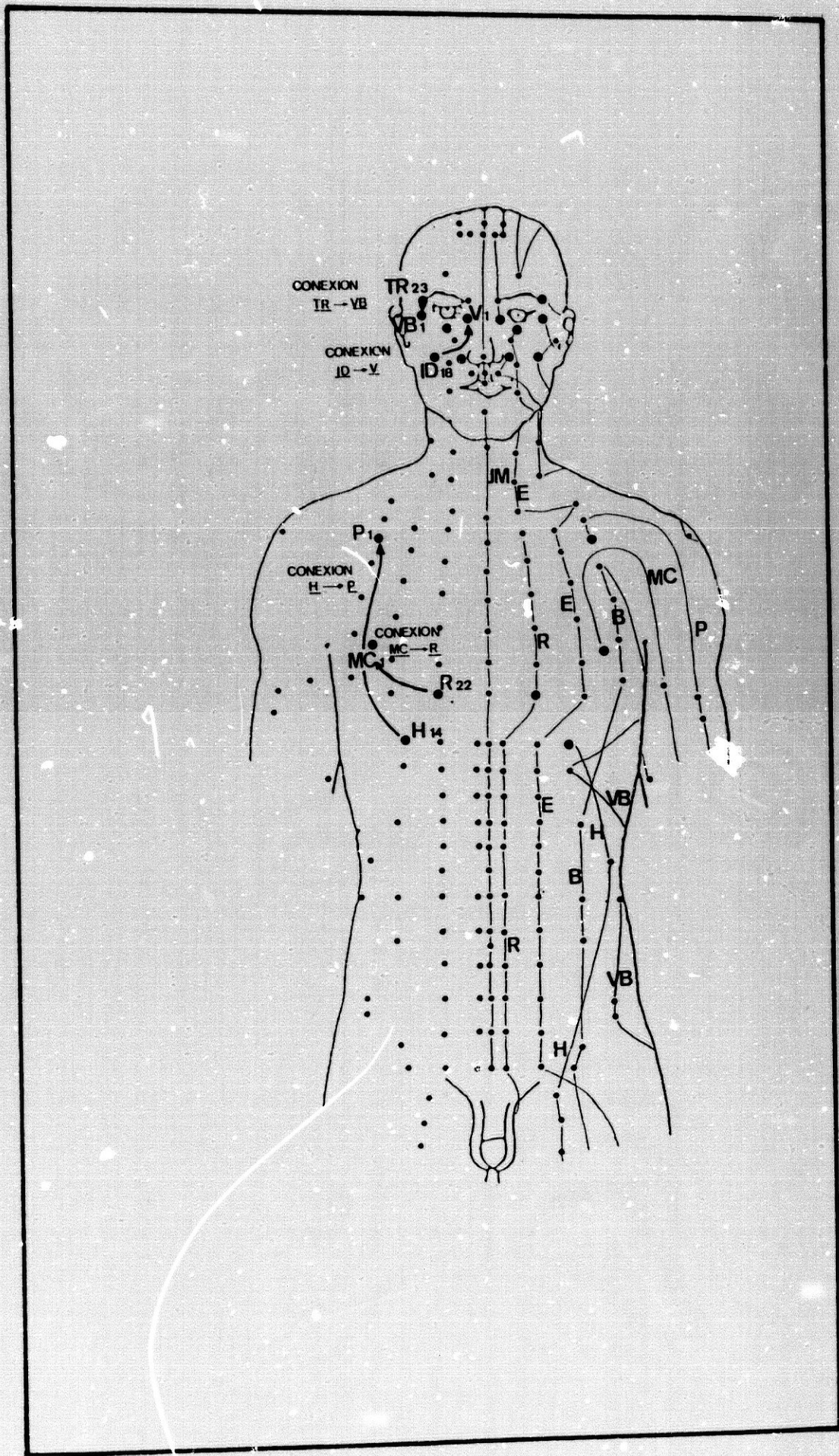
LAMINA CXXI

Conexiones tradicionales enegéticas. De acoplamiento energético. Visión anterior y posterior.

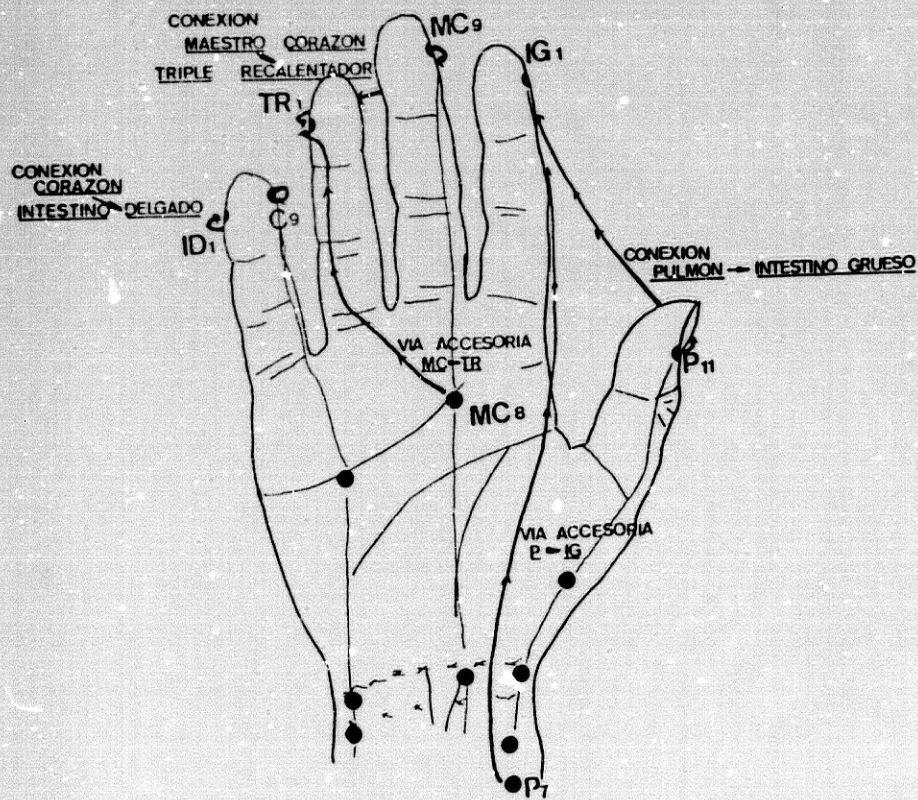
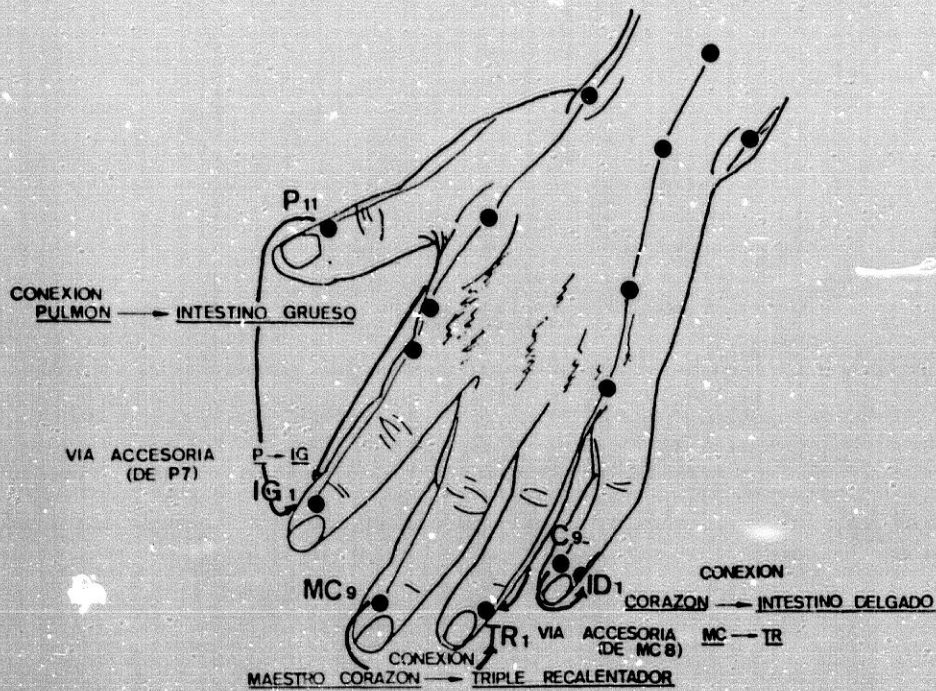


LAMINA CXXII

Conexiones tradicionales energéticas. Del círculo energético. Visión tronco lateral.

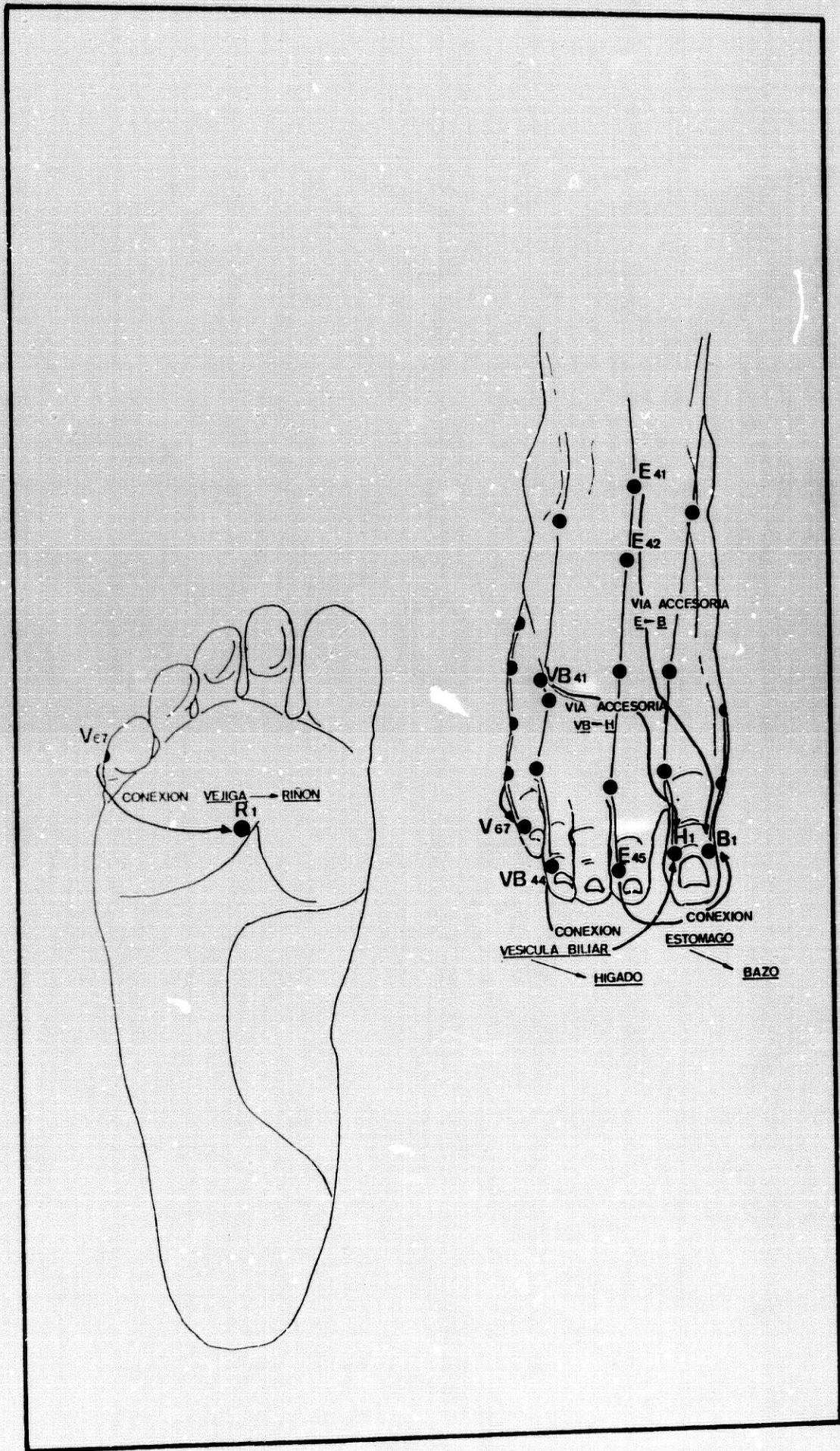


LAMINA CXXIII
 Conexiones tradicionales energéticas. Del círculo energético. Visión del tronco anterior.



LAMINA CXXIV

Conexiones tradicionales energéticas. Del círculo energético en el miembro superior.



LAMINA CXXV

Conexiones tradicionales energéticas. Del círculo energético en el miembro inferior.

XI. VISIÓN GLOBAL DE LOS MERIDIANOS.

Para finalizar nuestro trabajo, presentamos, una forma particular de describir los meridianos. Entendemos que debe haber un sustrato anatómico en la base de esta técnica terapéutica, y éste debe de ser puesto de manifiesto en la misma descripción del meridiano. De ahí, la repetidas alusiones a recorridos vasculares y nerviosos que insertamos en nuestras descripciones. Todos ellos nos explican, como ya hemos analizado, las vías de acción de los puntos integrantes de los diferentes meridianos.

De otra parte, no debemos despreciar la sabia herencia del pasado, que nos obliga a iniciar toda descripción de un meridiano por su definición y características tradicionales.

Al tiempo, debemos impregnar estas explicaciones con los resultados de nuestro trabajo. Por ello, comprendemos todo meridiano como un único trayecto integrado por un recorrido superficial (sus puntos propios) y otro profundo (conjunto de funciones y órganos diana de la

acción terapéutica de sus puntos). Igualmente, no debemos de olvidar que estos trazos lineales se encuentran sobre una superficie corporal bien definida, por lo que debe integrarse la descripción acupuntural con la topografía anatómica. Todo lo anterior, lo plasmamos en el punto recorrido y correspondencia anatómica.

Una vez más, no debemos desechar los hallazgos realizados en el pasado, que completan y dan sentido al simple e incompresible trayecto formado por los puntos propios de un meridiano. Nos referimos a la multitud de conexiones entre puntos de diferentes meridianos. Tradicionalmente, se encuentran dispersas en alguno de los componentes del meridiano (trayecto principal, meridiano distinto, vasos Lo y/o en otras ramas de conexión). Nosostros las describiremos, especificando su objetivo, en el punto: zona anatómica de tránsito, áreas reflejas tradicionales y otras ramas de conexión.

No olvidaremos los importantes conceptos plasmados en los apartados iniciales del presente trabajo. En uno de aquello, definiamos un conjunto de áreas acupunturales representativas de diversas funciones, órganos o regiones anatómicas. Todas ellas se encuentran dibujadas sobre toda la extensión de la superficie corporal. En unas tablas, describiremos gráficamente las áreas representativas atravesadas por cada meridiano y

los puntos que contiene en aquellas.

En otro apartado, desprendíamos, del universo de puntos acupunturales, aquéllos que tenían una acción terapéutica significativa, puntos acupunturales significativos. Al tiempo, comprendíamos el punto acupuntural como una zona anatómica peculiar, la mayoría de las veces no superficial (con diverso grado de penetración), con una acción terapéutica singular y con un sustrato anatómico que nos explica aquella acción. Por ello, creemos interesante describir en cada meridiano la situación, penetración de la aguja, las características terapéuticas y anatómicas, de cada uno de sus puntos significativos.

Todos los conceptos señalados en el párrafo anterior lo hemos agrupado, en el cuarto punto de la descripción del meridiano, bajo el epígrafe: **áreas acupunturales representativas y puntos significativos.**

Por último, en el punto resumen del meridiano destacaremos, en breves palabras, lo más interesante del meridiano que hemos descrito.

Pasamos a describir los meridianos con todos los conceptos señalados en esta pequeña introducción. El orden seguido es el dado por el tradicional círculo energético, empezando por la primera pareja horaria de meridianos acoplados de un día, meridiano pulmón e

intestino grueso. La "energía" recorre el meridiano pulmón de las 3 a las 5 horas, y el meridiano intestino grueso de las 5 a las 7 horas.

1. MERIDIANO PULMÓN (SHOU TAI YIN)

1.a. Definición y características tradicionales.

Bajo el punto de vista energético, se dice que es el meridiano que controla todas las vías respiratorias. Efectivamente, en sus perturbaciones se habla de "hinchazón del pecho", como si perdiera flexibilidad, haciéndose la respiración corta, superficial y rápida; aparece tos, disnea, asma, temor y dolor funcional. Como, además del pecho, el meridiano recorre el miembro superior, puede haber en sus trastornos dolores desde el hueso supraclavicular hasta la mano, con sensaciones en ésto de frío, calor y sudoración. Con aparente discrepancia, su energía no la toma del aire sino que se trata de la energía nutricia que absorbe en el calentador medio (centrado en estómago).

Siguiendo un poco en esta línea, sería equivocado creerlo terapéuticamente específico de las enfermedades del pulmón y aparato respiratorio, ya que ninguno de sus puntos se utilizan en su tratamiento, aunque dos de

ellos sean significativos y se utilicen en enfermedades de faringe y amígdala, muy vinculadas con la respiración del aire frío (P 8 y P 11); esta vinculación se explica conociendo su recorrido interior por esas zonas; interviene en el tratamiento de las enfermedades de los ojos y del psiquismo en general.

Se utiliza en el tratamiento de los dolores locales y zonales de los territorios por los que discurre, siendo muy significativo en el de las algias cefálicas y faciales.

Es un meridiano tradicionalmente centrifugo que recorre el miembro superior de arriba abajo, siendo el meridiano más anterior de los yin de arriba. Tiene su trayecto por delante del meridiano maestro corazón, desarrollando 11 puntos.

Sus puntos Shu antiguos son: Ting, P 11; Yung, P 10; Yu e Iunn , P 9; King, P 3; Ho, P 5. Su punto Lo es el P 7; el de Asentamiento, V 13; y su punto Herald, P 1. Su meridiano acoplado es el meridiano intestino grueso. Por este meridiano circula la energía de las 3 a las 5 horas. En el círculo energético, se sitúa entre el meridiano hígado (de 1 a 3 horas) y el meridiano intestino grueso (de 5 a 7 horas); su meridiano opuesto es el meridiano vejiga (de 15 a 17 horas).

1.b. Recorrido y correspondencia anatómica.

Se origina en el territorio vegetativo del plexo solar (a un nivel superficial del JM 12) y asciende por los plexos vegetativos viscerales esofágico y faringolaringeo hasta la región amigdalina y el istmo de las fauces (garganta), lo que justifica sus acciones sobre la zona (los puntos P 8 y P 11, se punturan en el tratamiento de afecciones faringoamigdalinas).

Desde esa misma localización profunda, sigue, por otro camino, el plexo periaórtico y el subclavio hasta hacerse "superficial" entrando en el miembro superior por el plexo periaxilar, y más allá recorriendo todo el miembro. En este trayecto no se puede olvidar los nervios que forman paquete con los vasos, lo que justifica también el papel antiálgico de sus puntos en dolores locales y zonales del miembro superior en razón de la relación directa que tiene el meridiano con estructuras músculoarticulares con las que se relaciona en su recorrido superficial.

Aparece superficialmente a nivel del surco deltopectoral, sobre el recorrido profundo de la arteria axilar y los importantes troncos nerviosos que le acompañan (P 1 y P 2), situando su punto primero sobre el origen de la arteria acromiotorácica.

Cruza el hombro por delante y sigue por el brazo

sobre el borde externo del biceps (P 3 y P 4), pero este recorrido cruzando un gran bloque muscular (sin ningún sentido funcional) no busca sino enlazar de nuevo con el trayecto vásculonervioso, y lo hace ahora en el pliegue de flexión del codo (P 5) al situarse sobre el origen de la arteria radial vecina al nervio mediano.

Desciende verticalmente por el antebrazo en posición anterolateral, situando un nuevo punto (P 6) por dentro del tendón del supinador largo, en el lugar donde se puede punturar el paquete de la arteria radial y la rama superficial del nervio homónimo. Recorre el canal del pulso sobre la arteria radial de nuevo (P 7, P 8).

Penetra en la muñeca pasando por encima del origen de la arteria radiopalmar (P 9), cruza la eminencia tenar (P 10) y termina en el ángulo ungueal externo del dedo pulgar (P 11), recorriendo antes longitudinalmente el dedo.

Esta correspondencia anatómica se ve confirmada por la distinta profundización de las agujas para la puntura de los puntos de este meridiano. Comienza profundizando medianamente en el surco deltopectoral, pues aunque su destino es la profunda arteria axilar, la busca en un trayecto último en que se va superficializando para continuarse con la arteria humeral en el brazo; lo hacen también medianamente en el pliegue del codo, pero en el

antebrazo profundiza ya más para llegar al profundo plano por el que discurre la arteria radial y la rama superficial del nervio mediano. Lógicamente, en la muñeca y mano, las agujas van profundizando cada vez menos (hasta llegar a los 2 mm. del dedo pulgar) porque las masas musculares que han de atravesar van teniendo cada vez menor entidad y acaban siendo tendones bien adosados al plano óseo.

1.c. Zona anatómica de tránsito, áreas reflejas tradicionales y otras ramas de conexión.

1.c.1. Zona anatómica de tránsito.

Este meridiano alcanza la profundidad a través de la pared anterior de la axila, por medio de su punto P 1.

1.c.2. Conexiones de referencia terapéutica.

Del trayecto profundo surge una rama, por medio del punto E 12, hacia el punto IG 17, consiguiendo así el trayecto superficial del meridiano intestino grueso y con él el territorio cervical y facial. De esta forma, se puede explicar de una manera palpable, al alcanzar las correspondientes áreas reflejas, la acciones de sus puntos distales sobre el aparato ocular, las afecciones alérgicas faciales y cefálicas, así como sobre el psiquismo en general. Igualmente, nos dibuja la continuidad del

plexo subclavio con el carotideo.

1.c.3. Conexiones clínicas.

Como conexión clínicas se describe una rama que partiendo del punto P 7, situado a nivel del tercio distal del canal del pulso, se dispersa por la eminencia tenar. Con ella se quiere dar explicación al enrojecimiento, parestesias y calambres, surgidos con la puntura del punto citado anteriormente.

1.c.4. Conexiones tradicionales energéticas.

- Conexiones de acoplamiento energético.

Este meridiano se une a su meridiano acoplado intestino grueso a nivel de la parte distal del miembro superior, por medio de una unión que partiendo del P 7 contornea la muñeca para llegar al 1er. espacio intermetacarpiano dorsal, IG 4.

Recibe en el punto P 9 (pliegue anterior mayor de la muñeca) la conexión de acoplamiento de su meridiano acoplado. Dicha unión parte del punto craneal IG 6.

- Conexiones del círculo energético.

Su punto final, P 11, se enlaza simbólicamente con el inicial del siguiente meridiano, intestino delgado, IG 1. Con el fin de trazar una unión del círculo energético sobre la superficie cutánea se describe la conexión

P 7 - IG 1, que partiendo de la cara ventral de la muñeca llega al ángulo ungueal externo del dedo índice a través de la eminencia tenar.

Sobre la superficie torácica, se traza la conexión entre el punto final del meridiano anterior en el círculo energético, meridiano hígado (H 14), con el inicial del meridiano pulmón, P 1.

1.d. Áreas acupunturales representativas y puntos significativos.

1.d.1. Áreas acupunturales representativas.

Si observamos un plano de áreas del miembro superior y sobre ellas el discurso del meridiano, veremos que el meridiano pulmón va cruzando una serie de ellas en las que se sitúan sus puntos significativos, siempre en relación terapéutica con la naturaleza del área. Unas y otros los vamos a relacionar en la tabla 21.

1.d.2. Puntos significativos

P 1 (Tórax).

Situación. Se sitúa debajo de la extremidad externa de la clavícula sobre el 1er. espacio intercostal a 12 cm. por fuera de la línea media anterior.

Puntura. Oblicua hacia afuera con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de hombro 50%

Sustrato anatómico. Perforante lateral del 2º nervio intercostal y arteria acromiotorácica, y superficialmente relacionado con ramos mediales del nervio supraclavicular.

P 2 (Tórax).

Situación. Se encuentra en el extremo superior del surco deltopectoral, por debajo de la extremidad acromial de la clavícula.

Puntura. La aguja se introduce oblicuamente hacia fuera, penetrando de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de brazo 50%

.Zonales.

Algias de hombro 50%

Sustrato anatómico. Ramos de los primeros nervios torácicos ventrales y rama deltoidea de la arteria acromiotorácica, superficialmente se relaciona con ramos mediales del nervio supraclavicular y arteria cervical superficial.

P 5 (Codo. Anterior).

Situación. En el pliegue de flexión del codo, sobre el borde externo del tendón del biceps.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas

.Zonales.

Afecciones del codo 50%

Sustrato anatómico. Arteria recurrente radial anterior, rama de la arteria radial, anastomosándose

con la rama anterior de la arteria humeral profunda. Va en busca de la cápsula articular. En superficie, ramo cutáneo del nervio musculocutáneo.

P 6 (Antebrazo. Anterior).

Situación. En el borde radial de esta cara anterior, sobre una imaginaria línea que uniera los extremos externos de los pliegues de flexión de la muñeca y codo, a 10 cm. de este último y a 14 cm. del primero.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones algicas.

.Zonales.

Afecciones del codo 50%

Sustrato anatómico. Arteria radial y rama superficial del nervio radial, y superficialmente rama cutánea del nervio musculocutáneo.

P 7 (Antebrazo. Anterior).

Situación. Se encuentra en el tercio distal del canal del pulso, a 3 cm. del surco transversal de la muñeca, e inmediatamente proximal a la apófisis estiloides del radio.

Puntura. Oblicuamente hacia arriba con una profundidad de 1 a 1,5 cm.

Significación terapéutica

Alteraciones del
psiquismo en general 65%

Afecciones algicas

.Distales.

Algias cefálicas 80%

Algias faciales 80%

Sustrato anatómico. Arteria radial, y en superficie, ramas cutáneas del nervio musculocutáneo.

P 8 (Antebrazo. Anterior).

Situación. En la extremidad distal del canal radial a 2 cm. del pliegue de flexión de la muñeca, situándose sobre el borde interno de la apófisis estiloides del radio.

Puntura. Oblicuamente con una profundidad de 0,6 a 1,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de faringe-
amígdala 65%

Sustrato anatómico. La arteria radial al dar su ramo palmar, y en superficie, ramos cutáneos del nervio musculocutáneo.

P 9 (Muñeca. Anterior).

Situación. En la extremidad radial del pliegue de flexión de la muñeca por fuera del tendón del músculo palmar mayor.

Puntura. Perpendicularmente penetrando de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares 65%

Afecciones álgicas.

Zonales.

Algias de muñeca 50%

Sustrato anatómico. La arteria radial al nivel de dar la arteria radiopalmar, y en superficie la porción terminal del nervio musculocutáneo.

P 11 (Dedos).

Situación. Se encuentra a 2 mm. por detrás del ángulo ungueal externo del dedo pulgar.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 mm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de faringe-
amígdala 65%

Afecciones algicas.

Zonales.

Algias de mano-dedo 50%

Sustrato anatómico. 2ª arteria y nervio dorsal propio, para el lado ulnar del pulgar, ramas de la arteria dorsal del pulgar y del filete medio de la rama superficial del nervio radial.

1.e. Resumen del meridiano.

Se trata de un meridiano de destino terapéutico visceral prácticamente cefálico, con cuya puntura se trata enfermedades de los sentidos (del ojo), y digestivas altas (región faringoamigdalina); la acción sobre órganos y regiones cefálicas se explica por la continuidad real anatómica y/o una rama de conexión acupuntural con su acoplado. No es un meridiano muy significativo comparativamente con otros. Es también un meridiano antiálgico de cabeza y del miembro superior (desde el espacio supraclavicular al dedo pulgar).

2. MERIDIANO INTESTINO GRUESO. (SHOU YANG MING)

2.a. Definición y características tradicionales.

Energéticamente nace en la malla vegetativa del

calentador medio, correspondiendo en superficie al JM 12. Se extiende hacia el intestino grueso-órgano en sentido descendente, y, en sentido ascendente discurre por los plexos vasculares hasta el perisubclavio donde comienza el recorrido "superficial" en el hueco supraclavicular (E 12). Por su relación con el órgano interno intestino grueso tiene influencia en la emisión de heces, deduciéndose que el meridiano interviene en la regulación del equilibrio de los líquidos orgánicos. No obstante, como en tantas otras ocasiones, su papel terapéutico no pasa por el tratamiento de trastornos relacionados con esta función.

Desde el hueco supraclavicular, el meridiano diverge en dos direcciones: hacia la cabeza y hacia el miembro superior (que recorre en toda su longitud), pero bajo el punto de vista acupuntural de la facilitación descriptiva se considera que el meridiano nace en los dedos y va a la cabeza en un único recorrido superficial suponiendo un segmento detrás de otro y pasando de largo por su punto común de tránsito.

En sus trastornos energéticos pueden aparecer síntomas de hinchazón, y de calor o frío, a todo lo largo del citado recorrido, y, por su intervención aludida al equilibrio humoral, en sus enfermedades puede aparecer sequedad de boca o rinorrea, por poner dos ejemplos dis-

tintos y contrapuestos.

Por su localización cefálica y su paso por el cuello puede atribuirse a sus deficiencias enfermedades de los sentidos (ojo, oído), de la nariz y senos paranasales, de la boca y dientes, faringoamigdalitis, hinchazón del cuello, etc.

Debido a sus relaciones anatómicas directas, locales y zonales, es un meridiano para el tratamiento antiálgico de cabeza, cara (con boca y dientes), espalda alta y todo el miembro superior.

Es un meridiano yang y tradicionalmente centripeto del miembro superior, o, mejor, "de arriba", ya que no limita estrictamente su recorrido a éste.

Recorre el miembro superior de abajo arriba y cruza lateralmente el cuello para entrar en la cara rodeando el borde mandibular inferior, y termina en la proximidad de la nariz; en ese trayecto se le reconoce 20 puntos.

Sus puntos Shu antiguos son los siguientes; Ting, IG 1; Yung, IG 2; Yu, IG 3; Iunn, IG 4; King, IG 5; Ho, IG 11. Su punto Lo es el IG 6; su punto de Asentimiento, V 25; y su punto Herald, E 25. Su meridiano acoplado es el meridiano pulmón. Su máximo de energía se encuentra entre las 5 y las 7 horas. En el círculo energético se sitúa entre el meridianos pulmon (de 3 a 5 horas), meridiano precedente, y el meridiano estómago (de 7 a 9

horas); su meridiano opuesto es el meridiano riñón (de 17 a 19 horas).

2.b. Recorrido y correspondencia anatómica.

Anatómicamente, se localiza su origen en el plexo solar, extendiéndose hacia arriba por los plexos periviscerales hasta el pulmón, y descendiendo por los plexos vegetativos mesentéricos hacia el intestino grueso.

Sale de los centros vegetativos por el plexo aórtico, y por los plexos perisubclavio, periaxilar, perihumeral y sucesivos, recorre el miembro superior. El meridiano diverge con otro trayecto que asciende por los plexos pericarotídeos primitivo, primero, y externo e interno después; sobre la carótida externa reparte sus ramas por la faringe, amígdala, laringe, tráquea, boca y dientes, senos paranasales, cara, etc.; sobre la carótida interna va al ojo y al cerebro. La estimulación de sus puntos influye positivamente en la mejoría de las afecciones de estos órganos y segmentos, como veremos.

Los puntos desde los dedos hasta la muñeca (IG 1 al IG 5) son extraordinariamente significativos en conjunto para las afecciones de cabeza y cuello y el psiquismo en general, aparte, naturalmente, sus indicaciones antiálgicas, en íntima relación con los trayectos de los

diversos paquetes de la región dorsal radial. Comienza el meridiano en el ángulo ungueal externo del dedo índice (IG 1), recibiendo tradicionalmente su energía del meridiano pulmón, y sigue el borde externo del dedo (IG 2 y IG 3) para cruzar el relieve musculoso dorsal del 1er. espacio intermetacarpiano (IG 4) y alcanzar la tabaquera anatómica (IG 5). Digamos que las agujas en el punto IG 4, han de profundizar mucho por esa relación muscular y porque buscan la curvatura de la arteria radial cuando va a pasar al plano anterior a través de la robusta masa del interóseo dorsal (perpendicularmente hasta 2 cm.; oblicuamente hasta 4).

Su trayecto por el borde externo de la cara posterior del miembro superior, corresponde a una de las tres demarcaciones longitudinales en que está dividida esa cara en *aupuntura* y no a un trayecto anatómico preciso. En el antebrazo, ese trayecto se superpone en buena parte al de la rama cutánea externa del nervio radial, es decir, recorre dorsalmente la extremidad inferior del radio (IG 6 e IG 7) y sigue ascendiendo bordeando laterodorsalmente el antebrazo en su mitad superior (IG 8, IG 9 e IG 10) hasta alcanzar la extremidad externa del pliege del codo (IG 11). Aquí las agujas perforan mucho (hasta 3, 4 y 5 cm., en los puntos IG 9, IG 10 e IG 11), llegando con la punta de las agujas hasta la profundidad

de la arteria radial, acompañada de la rama superficial del nervio homónimo, todo en la parte anterior del antebrazo aunque las agujas se coloquen por fuera y, quizás, ligeramente posteriores.

Recorre el borde externo del brazo (IG 12, IG 13) hasta alcanzar la inserción deltoidea (IG 14), aproximándose a la articulación acromioclavicular (IG 15) para situarse inmediatamente posterior a ella (IG 16). En el hombro y sobre el relieve del músculo deltoides, podría ser que la punta de las agujas buscaran la distribución del ramo cutáneo del nervio circunflejo, porque su profundización (de 1 a 2 cm. en el punto IG 14) sólo permite atravesar los tegumentos, y, terapéuticamente, este punto sólo es antiálgico de hombro y cuello lo que significa que es un punto nervioso en exclusividad.

El trazado cutáneo ascendente superficial por el cuello sigue una dirección imaginaria sin corresponder a ningún trayecto anatómico pero el caso es que cuando cruza el músculo esternocleidomastoideo, antes y después, en sus dos bordes, coloca dos puntos (IG 17 e IG 18), uno de ellos terapéuticamente significativo sobre faringe-amígdala, puntos cuya profundización busca, sin duda, el ambiente vegetativo de la arteria carótida externa, lo que explica su acción.

Sigue el meridiano hacia arriba cruzando la cara, en

la misma dirección oblicua, hasta el labio superior (IG 19), terminando en el surco nasogeniano en la proximidad del ala de la nariz (IG 20).

2.c. Zona anatómica de tránsito, áreas reflejas tradicionales y otras ramas de conexión.

2.c.1. Zonas anatómicas de tránsito y sus conexiones.

Este meridiano alcanza la profundidad por el hueco supraclavicular (E 12). Esta zona anatómica la consigue desde su punto IG 16, situado por detrás de la articulación acromioclavicular. Su recorrido profundo emerge por el citado hueco en busca del próximo punto cervical IG 17, en el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo.

2.c.2. Áreas reflejas tradicionales.

Este meridiano transcurre por el área que dibuja las algas de hombro, dejando en ellas los puntos periacromiales IG 15 - IG 16.

En la cara sus puntos IG 19 e IG 20 definen el área refleja de la nariz-senos paranales.

2.c.3. Conexiones de referencia terapéutica.

Por medio de su trayecto profundo, y a través del punto E 12, alcanza el área refleja cervical de faringe-

amígdala (E 9- JM 23).

El meridiano intestino grueso se integra en el círculo energético facial por una rama que parte de su punto cervical IG 18 y se dirige al ángulo mandibular. Desde ahí y recorriendo la rama ascendente del maxilar, consigue el área refleja de oído y de las algias cefálicas. Partiendo del mismo origen, recorre la otra rama del eje facial con el fin de conectar con las áreas reflejas de boca y ojo. Con esta uniones se explica la acción de puntos situados en la extremidad sobre órganos representados en las respectivas áreas.

Desde su punto final, IG 20, se deriva una rama hacia el vértex cefálico, TM 20. Con esta unión se explica la acción de puntos del meridiano sobre el psiquismo.

2.c.4. Conexiones tradicionales energéticas.

- Conexiones de acoplamiento energético.

Desde su punto IG 6 (punto Lo del meridiano), situado en la porción distal del antebrazo, existe una rama que va al extremo externo del pliegue mayor de la muñeca donde se sitúa el punto Iunn del meridiano acoplado (meridiano pulmón, P 9). Se trata de la conexión de acoplamiento del meridiano intestino grueso.

A su punto IG 4, situado en el 1er. espacio inter-

metacarpiano dorsal, llega la conexión de acoplamiento del meridiano pulmón. Dicha unión parte del punto craneal P 7.

- Conexiones del círculo energético.

Este meridiano se enlaza al siguiente meridiano del círculo energético, meridiano estómago, en el territorio facial por medio de la unión del punto final del primero (IG 20) con el inicial del segundo (E 1).

Igualmente, se encuentra unido al precedente meridiano, meridiano pulmón, por dos uniones energéticas: P 11 - IG 1 y P 7 - IG 1.

2.d. Áreas acupunturales representativas y puntos significativos.

2.d.1. Áreas acupunturales representativas.

Como en otros meridianos, vamos a relacionar las áreas representativas y describir los puntos significativos situados en ellas, los que, lógicamente, están en relación terapéutica con los órganos representados en las primeras (tabla 22 y 23).

2.d.2. Puntos significativos.

IG 1 (Dedos).

Situación. Se encuentra a 2 mm. por detrás y arriba del ángulo ungueal externo del dedo índice.

Puntura. Perpendicularmente penetrando la aguja aproximadamente 2 mm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca-
algia dental 80%

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones del oído 80%

Sustrato anatómico. 3ª arteria y nervio digital volar propio, ramas respectivamente de la 1ª arteria interósea del arco palmar profundo y del nervio mediano.

IG 2 (Dedos).

Situación. En el borde radial del índice, en la depresión situada entre el cuerpo y la base de su 1ª falange.

Puntura. Se puntura perpendicularmente con una profundidad de 0,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales

Afecciones de boca-
algia dental 65%

Afecciones de faringe-
amigdalita 80%

Afecciones de laringe-
tráquea 65%

Afecciones algicas.

Zonales.

Algias de hombro 65%

Sustrato anatómico. 3ª arteria y nervio digital volar propio, ramas respectivamente del arco palmar profundo y del nervio mediano.

IG 3 (Mano. Dorsal).

Situación. En el borde radial del dedo índice en un hueco existente entre la cabeza y el cuerpo

del 2º metacarpiano, delante de la articulación metacarpofalángica.

Puntura. Perpendicularmente penetrando la aguja 0,5 cm., o bien oblicua hacia el 1er. espacio interóseo con una profundidad de 1,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca- algia dental	80%
Afecciones de faringe- amígdala	80%
Afecciones del intestino grueso.....	65%

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares	65%
---------------------------	-----

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias hombro	50%
---------------------	-----

Sustrato anatómico. Arteria y nervio digital volar propio 3º, para el borde radial del dedo índice, ramas del arco palmar profundo y del nervio mediano, respectivamente.

IG 4 (Mano. Dorsal).

Situación. En la cara dorsal del 1er. espacio intermetacarpiano, sobre la mitad del borde radial del 2º metacarpiano.

Puntura. Se puede introducir la aguja bien perpendicularmente, penetrando de 1 a 2 cm., o bien oblicua hacia la articulación metacarpofalángica con una profundidad de 3 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca- algia dental	65%
Afecciones de faringe- amígdala	65%
Afecciones de nariz- senos paranasales.....	80%

Afecciones de laringe- tráquea	65%
Alteraciones del psiquismo en general	65%
Alteraciones de los sentidos.	
Afecciones del oído	80%
Afecciones oculares	80%
Afecciones algicas.	
Distales.	
Algias cefálicas	80%

Sustrato anatómico. Subaponeuróticamente, arteria radial, antes de dirigirse a la cara palmar a nivel de dar la arteria dorsal propia del pulgar y la 1ª arteria interósea dorsal, y algo más superficial los filetes terminales del ramo posterior del nervio musculocutáneo y nervio digital común del 1er. espacio metacarpiano, rama del nervio radial superficial.

IG 5 (Muñeca. Posterior).

Situación. Se encuentra en la tabaquera anatómica, entre los tendones de los músculos extensor corto y largo del pulgar.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.	
Afecciones del oído	80%
Afecciones oculares	65%

Afecciones algicas.

.Distales.	
Algias cefálicas	65%
.Zonales.	
Algias de muñeca	50%

Sustrato anatómico. Arteria dorsal del carpo, rama de la arteria radial, y en superficie el ramo superficial del nervio radial.

IG 6 (Antebrazo. Posterior).

Situación. En la línea que une la tabaquera anatómica con el extremo externo del pliegue ventral del codo, a 6 cm. de la primera referencia.

Puntura. Perpendicularmente penetrando la aguja de 0,6 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca- algia dental	65%
Afecciones de faringe- amígdala	65%

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones del oído	65%
Afecciones oculares	65%

Sustrato anatómico. Arteria radial y rama superficial del nervio radial, y en superficie la rama cutánea del nervio musculocutáneo anastomosándose con la rama superficial del nervio radial.

IG 7 (Antebrazo. Posterior).

Situación. En el tercio medio de la línea que une la tabaquera anatómica con la extremidad externa del pliegue de flexión del codo, a 10 cm. de aquella.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca- algia dental	65%
Afecciones de faringe- amígdala	65%

Sustrato anatómico. Arteria radial y rama superficial del nervio radial, y en superficie rama cutánea del nervio musculocutáneo.

IG 9 (Antebrazo. Posterior).

Situación. En el tercio proximal de la cara externa del antebrazo sobre una línea imaginaria que desde el extremo externo del pliegue de flexión del codo se dirige a la tabaquera anatómica, a 6 cm. del mencionado pliegue de flexión del codo.

Puntura. Perpendicularmente de 1 a 4 cm.

Significación terepéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Parálisis-algias
del miembro superior 50%

Sustrato anatómico. Arteria radial y rama superficial del nervio radial, y en superficie el nervio cutáneo dorsal del antebrazo, rama del nervio radial.

IG 10 (Codo. Posterior).

Situación. Se encuentra en la cara externa del codo, sobre una línea imaginaria que uniera la tabaquera anatómica con la extremidad externa del pliegue de flexión del codo, a 4 cm. de la mencionada extremidad.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca-
algia dental 65%

Afecciones algicas.

. Distales.

Algias de espalda 50%

.Zonales.

Algias de hombro 50%

Algias de brazo 50%

Sustrato anatómico. Rama superficial del nervio radial y arteria radial con la recurrente radial anterior, superficialmente nervio cutáneo dorsal del

antebrazo.

IG 11 (Codo. Posterior).

Situación. Con el antebrazo flexionado 90º, el punto se encuentra a mitad de distancia entre la extremidad externa del pliegue de flexión del codo y el borde superior del epicóndilo.

Puntura. Se puede realizar: una puntura perpendicular en dirección a la extremidad interna del pliegue de flexión con una profundidad de 2 a 3 cm.; o bien oblicua con una penetración de 3 a 5 cm.; con el antebrazo flexionado, punturar hacia la articulación penetrando de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de faringe-
amígdala 65%

Afecciones álgicas.

.Distales.

Algias de espalda 50%

.Zonales.

Algias de brazo 50%

Algias de codo 50%

Parálisis-álgias

del miembro superior 50%

Sustrato anatómico. Nervio radial y arteria recurrente radial anterior y su anastomosis, y superficialmente nervio cutáneo dorsal del antebrazo así como nervio cutáneo radial del antebrazo y ramos cutáneos de la arteria colateral radial.

IG 12 (Codo. Posterior).

Situación. Sobre el borde externo del húmero por encima del epicóndilo, a 2 cm. proximal a la extremidad externa del pliegue de flexión del codo.

Puntura. Oblicuamente siguiendo el borde del húmero introduciendo la aguja de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones álgicas.

.Zonales.

Algias de hombro	50%
Algias de brazo	65%
Algias de codo	50%

Sustrato anatómico. Nervio radial y arteria recurrente radial anterior anastomosándose con la colateral radial anterior, y en su recorrido: ramo cutáneo dorsal del antebrazo, rama del nervio radial, y ramos cutáneos de la arteria colateral radial.

IG 14 (Hombro. Anterior).

Situación. En el relieve anterior de la "V" deltoidea, en el punto de intersección con ésta de una línea que desde la extremidad externa del pliegue del codo se dirige a la articulación acromioclavicular.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm., o bien, oblicua hacia arriba por debajo del deltoides, de 2 a 3 cm. de profundidad.

Significación terapéutica.

Afecciones álgicas.

.Distales.

Algias de cuello

50%

.Zonales.

Algias de hombro

50%

Sustrato anatómico. Nervio circunflejo y arteria circunfleja humeral posterior, relacionándose superficialmente con el ramo cutáneo-lateral del brazo, rama del nervio circunflejo.

IG 15 (Hombro. Anterior).

Situación. Delante y debajo de la articulación acromioclavicular, en el hueco que se forma al elevar el brazo entre el acromion y la extremidad cefálica del húmero.

Puntura. Con el brazo elevado, la aguja se introduce en dirección al vértice axilar con una profundidad de 2 a 3 cm. Con el brazo caído se

puntura oblicuamente hacia la articulación acromioclavicular, introduciéndola de 1,5 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de hombro	80%
Algias de brazo	65%
Parálisis-algias del miembro superior	50%

Sustrato anatómico. Ramas articulares del nervio circunflejo y rama acromial de la arteria acromiotorácica, relacionándose superficialmente con ramos del nervio supraclavicular dorsal.

IG 16 (Dorso).

Situación. En la parte superoexterna del dorso, en el hueco existente entre la extremidad de la espina del omóplato, por detrás, y la articulación acromioclavicular por delante.

Puntura. Oblicuamente hacia afuera con una profundidad de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de brazo	50%
-----------------------	-----

.Zonales.

Algias de hombro	50%
------------------------	-----

Sustrato anatómico. Paquete vásculonervioso supraescapular. Se dirige hacia la articulación escapulohumeral. Superficialmente, se relaciona con el nervio supraclavicular dorsal y la red arterial acromial.

IG 17 (Cuello. Antero-lateral).

Situación. Se encuentra colocado sobre la horizontal que pasa a 2 cm. inferior a la prominencia laríngea del cartilago tiroides, en el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo, situándose a 2 cm. por encima de la mitad del hueco supraclavi-

cular.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de faringe-
amigdala 65%

Sustrato anatómico. Arteria cervical superficial y tronco superior del plexo braquial; en superficie, se relaciona con los nervios supraclaviculares medios y ramas de la arteria cervical superficial.

IG 19 (Cara).

Situación. Se sitúa en la intersección que pasa por la unión del tercio superior con el medio del eje medio del surco nasolabial con una vertical a 1 cm. por fuera de este eje.

Puntura. Transversal hacia dentro con una profundidad de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de nariz-
senos paranasales..... 80%

Sustrato anatómico. Paquete vasculonervioso infraorbitario. Superficialmente, arcada vascular de las arterias coronarias labiales superiores y ramos bucales del nervio facial.

IG 20 (Cara).

Situación. Se encuentra en el pliegue nasogeniano en la horizontal del punto medio del ala de la nariz a 1 cm. por fuera de la misma.

Puntura. Oblicua en dirección al ala de la nariz o hacia arriba, hacia el punto E 2, con una profundidad de 1 a 1,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de nariz-
senos paranasales..... 80%

Sustrato anatómico. Arteria y nervio infraorbitario, en superficie se relaciona con la arteria facial y ramo nasal del nervio facial.

2.e. Resumen del meridiano.

El meridiano intestino grueso tiene un trayecto superficial que en profundidad corresponde a todo el recorrido arterial que se describe, retrógradamente y sin solución de continuidad, desde las últimas ramificaciones de las arterias digitales propias del miembro superior (IG 1) hasta las últimas también de las arterias carótidas. Ese largo recorrido tiene un punto de profundización, o mejor, de continuidad entre él y el trayecto vegetativo profundo, E 12, punto que también puede entenderse de superficialización desde la profundidad a la superficie. Siguiendo en sentido de profundización, el camino desde el plexo subclavio no puede ser otro que el aórtico, y por ahí hacia las grandes redes vegetativas de los plexos tóracoabdominales, especialmente hacia el plexo mesentérico, en razón de que el meridiano se define funcionalmente como uno vinculado a las funciones propias del intestino grueso-órgano.

Sobre esta base anatómica, el destino terapéutico de

sus puntos se refiere a enfermedades psíquicas y de las vísceras cervicocefálicas, bien desde los puntos próximos o locales viscerales o desde los situados en las áreas metaméricas distales, especialmente más allá del codo que es donde se sitúan los puntos distales del meridiano. Por supuesto, los puntos gozan de eficacia antiálgica local, zonal e incluso a distancia.

3. MERIDIANO ESTOMAGO. (ISU YANG MING)

3.a. Definición y características tradicionales.

Es un largo meridiano que en superficie desde la cabeza hasta el pie, y en profundidad hasta el calentador medio, correspondiendo al plexo solar pero centrado en el estómago. Se reconoce como un meridiano "tonificado nerviosamente por el vago, e inhibido, ralentizado o distendido por el simpático".

Bajo el punto de vista energético, "es el origen de todo", y ciertamente que su papel es muy importante porque conduce la energía que el estómago acopia de los alimentos, sólidos y líquidos, procedentes de la tierra. Es un meridiano yang.

Fisiológicamente -y energéticamente también- tiene una estrecha relación con el estado de ánimo, las emo-

ciones; "tiene una gran acción sobre los sentimientos". Sus perturbaciones pueden llevar al individuo desde la misantropía a la ansiedad, a la preocupación, a la excitación; puede desequilibrarlo hacia injustificada plenitud o saciedad o, por el contrario, hambre continua. Calor en el pecho, hinchazón abdominal, fiebre y escalofríos, dolor general y local, son todos los síntomas de sus perturbaciones, siendo en suma un meridiano de acción energética amplia.

Para comprenderlo bajo el punto de vista terapéutico, hay que verlo en su recorrido superficial (como otros meridianos que discurren por cabeza y miembros). Muchos de sus puntos son significativos en el tratamiento de las enfermedades de los sentidos, de la boca y dientes, algias faciales y cefálicas, bien desde puntos locales de la cabeza como desde otros situados en pierna y pie desde donde se ejercen acciones psicosomáticas muy significativas.

Sin embargo, en su recorrido por el cuello se relaciona con afecciones algicas del mismo cuello y trastornos faringoesofágicos; por el tórax y abdomen tiene que ver, de arriba abajo, con afecciones de mama, estómago, genitales (útero, ovario, testículo, pene) y, por supuesto, con algias de los sectores trunciales que recorren, con algún punto psíquico propio del meridiano

que es y de áreas psíquicas que cruzan sobre el tronco.

En su recorrido por el miembro inferior tiene que ver (terapéuticamente hablando) con vísceras abdominales (intestinos y estómago), con trastornos psicósomáticos de las vísceras y funciones cefálicas y, por supuesto, con parálisis, algias y contracturas de la extremidad.

Sus puntos Shu antiguos son los siguientes: Ting, E 45; Yung, E 44; Yu, E 43; Iunn, E 42; King, E 41; Ho, E 36. Su punto Lo es el E 40; su punto de Asentimiento, V 21; y su punto Herald, JM 12.

Su meridiano acoplado es el meridiano bazo. La energía circula por este meridiano entre las 7 y las 9 horas. En el círculo energético, el meridiano precedente es el meridiano intestino grueso (de 5 a 7 horas), el siguiente es el meridiano bazo (de 9 a 11 horas), y el opuesto horario es el meridiano maestro corazón (de 19 a 21 horas).

3.b. Recorrido y correspondencia anatómica.

El punto de origen (E 1) está en el párpado inferior, en la vertical de la pupila (para algunos su verdadero origen está en la propia pupila). Desciende por el surco nasogeniano (E 2 y E 3), labiogeniano (E 4), y, contorneando la mejilla por debajo y delante, llega al borde mandibular (E 5). Desde allí el meridiano

pasará al cuello pero, antes, emprende un trayecto ascendente que, por encima del masetero (E 6), llega al borde inferior del arco cigomático (E 7) y sigue ascendiendo cruzando la fosa temporal hasta su límite superior, en la raíz del pelo (E 8).

Anatómicamente, no sigue en la cabeza trayectos sobre estructuras definidas en profundidad sino que en su doble recorrido (trazado imaginativamente con ánimo de recorrer ordenadamente la cara enlazando puntos) cruza estructuras vásculonerviosas diversas. Los puntos más altos (que tiene que ver con el ojo y están incluidos en su área acupuntural representativa) corresponden a paquetes vásculonerviosos supra e infraorbitarios; otros puntos se colocan al paso de la arteria temporal superficial y nervio auriculotemporal, paquetes maseterino, bucal, etc. Dado que la mayoría casi absoluta de sus indicaciones terapéuticas son las algias faciales se comprende que su relación nerviosa sea primordial. El meridiano sale de la cara sobre la arteria facial.

A partir de la unión de ambas trayectorias (E 5), desciende el meridiano por el cuello en su porción anterolateral, siguiendo el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo (E 9, E 10 y E 11) hasta la región supraclavicular (E 12; importante punto de tránsito superficie-profundidad de los meridianos que pasan

en sus proximidades por ser el paso anatómico entre tórax y cuello y miembro superior).

En el cuello sigue el trayecto carotideo por delante del músculo esternocleidomastoideo, asentando puntos en relación terapéutica con las enfermedades faringoamigdalinas.

Recorre un corto trayecto sobre la clavícula (E 13) para descender verticalmente por la parte anterolateral del tórax (E 13, E 14, E 15 y E 16), cruza la mamila donde sitúa un punto (E 17) y, después, baja hacia delante y adentro siguiendo el reborde costal (E 19).

En el abdomen, vemos el meridiano descender verticalmente (E 20, E 21, E 22, E 23, E 24, E 25 - a la altura del ombligo-, E 26, E 27, E 28 y E 29) hasta alcanzar el borde superior de la rama horizontal del pubis (E 30).

En tórax y abdomen, el meridiano sigue un trayecto lineal, imagianrio, que es como una unión entre los recorridos cérvicofacial, de un parte, y el de la extremidad inferior, de otra; esta unión la hace saltando como un viaducto sobre los pilares que representan los puntos de emergencia de los paquetes segmentarios intercostales y lumbares, incluyendo por abajo los nervios abdóminogenitales. La relación metamérica de muchas de estas zonas con las vísceras subyacentes se conoce en

metamería tradicional occidental y explica el éxito terapéutico diversificado del meridiano en este largo recorrido por el tronco.

Desciende ahora por la línea media anterior del muslo (E 31, E 32, E 33 y E 34), cruza la rodilla por el borde externo de la rótula y ligamento rotuliano (E 35) y baja por la pierna. Después de recorrerla en su mitad superior (E 36, E 37, E 38 y E 39), hace una pequeña bayoneta (E 40) y desciende hasta la parte media del pliegue dorsal del tobillo (E 41). A partir de aquí continúa en el pie sobre el 1er. espacio intermetatarsiano (E 42), cruza el 2º metatarsiano (E 43) y llega al 2º espacio interdigital (E 44) y al ángulo ungueal externo del 2º dedo donde termina (E 45).

En el muslo, el meridiano recorre un trayecto artificial, lejano y no superponible con ninguna estructura anatómica significativa en acupuntura, por eso la profundización de las agujas en esa zona es enorme (hasta 6 cm. una y otra vez), tratando de encontrar en el fondo algunos paquetes, siquiera para efectos terapéuticos locales, como el circunflejo, del recto anterior, del vasto externo, etc.

Rebasando el meridiano el tercio superior de la pierna, ya sí se superpone al trayecto del paquete tibial anterior, sobre el que desciende con abundancia

de puntos viscerales de arriba, muy significativamente terapéuticos (sentidos, boca y, más abajo, bronquios), y psiquismo, y de abajo (estómago, intestinos), al recorrer un área digestiva de la extremidad. Entra en el pie sobre la arteria pedia y el nervio tibial anterior para seguir después su camino hacia delante sobre paquetes interdigitales y propios de los dedos.

3.c. Zonas anatómicas de tránsito, áreas reflejas tradicionales y otras ramas de conexión.

3.c.1. Zonas anatómicas de tránsito y sus conexiones.

Posee dos zonas de profundización-emergencia, el hueco inguinal y el hueco supraclavicular. Los puntos de tránsito de ambas zonas son propios del meridiano estómago, E 30 y E 12, respectivamente, por lo que no son precisas conexiones de tránsito desde aquel meridiano a las mencionadas zonas.

3.c.2. Áreas reflejas tradicionales.

En el abdomen, cruza el área lateral de intestino grueso, donde deja el punto E 25. En el cuello, transcurre por el área refleja de faringe-amígdala, donde posee el punto E 9.

En su recorrido facial, forma parte de las áreas

reflejas de ojo (E 1 y E 2), boca (E 4) y de las algias faciales (en la rama ascendente: E 5 - E 6 - E 7 - E 8, y en la rama transversa y ascendente: E 5 - E 4 - E 3 - E 2).

3.c.3. Conexiones de referencia terapéutica.

En el abdomen existe una conexión (E 24 - JM 10), que da explicación a la acción gástrica de puntos distales del meridiano estómago.

Desde su punto cervical E 9, parte una rama terapéutica hacia el círculo energético facial. Desde el ángulo mandibular y siguiendo la rama maxilar, área refleja de las algias faciales, alcanza el área refleja de las algias cefálicas.

3.c.4. Conexiones clínicas.

A este tipo de uniones pertenece la rama que partiendo del punto E 36 (situado en la mitad de la cara ventral de la pierna) desciende hacia el pie, terminando en el lado externo del 3er. dedo. Con esta conexión se explica objetivamente los fenómenos surgido con la puntura del nervio tibial anterior, sustrato anatómico del anterior punto.

3.c.4. Conexiones tradicionales energéticas.

- Conexiones de acoplamiento energético.

Del punto E 40 (punto Lo del meridiano), situado en

la mitad de la pierna, desciende al borde interno del pie, B 3, punto Iunn del meridiano bazo, la rama de acoplamiento energético del meridiano estómago.

A su punto E 42 (punto Iunn) llega la conexión de acoplamiento del meridiano bazo, la cual parte de su punto B 4 (punto Lo).

- Conexiones del círculo energético.

Su punto final E 45 (ángulo ungeal externo del 2º dedo) se enlaza simbólicamente con el inicial del siguiente meridiano, meridiano bazo, B 1 (ángulo ungeal externo del dedo gordo). Para dibujar la unión entre los dos meridianos citados sobre la superficie corporal, se describe tradicionalmente la conexión que partiendo del dorso del tobillo (E 41) o del pie (E 42) se dirige al punto B 1.

Por otra parte, el punto inicial del meridiano estómago (E 1) se encuentra unido al punto final del meridiano intestino grueso (IG 20), meridiano precedente en el círculo energético.

3.d. Áreas acupunturales representativas y puntos significativos.

3.d.1. Áreas acupunturales representativas.

En las tablas 24 y 25, se señalan las áreas repre-

sentativas que son atravesadas por el meridiano estóma-
go, destacando los puntos que deja en cada una de ellas.

3.d.2. Puntos significativos.

E 1 (Cara).

Situación. Se encuentra en la vertical de la pupila entre el reborde orbitario inferior y el globo ocular.

Puntura. Se introduce la aguja perpendicularmente siguiendo el suelo orbitario, penetrando de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares 80%

Sustrato anatómico. Ramos parpebrales de la arteria infraorbitaria y del nervio infraorbitario. Ramos cigomáticos del nervio facial. En el suelo de la órbita, nervio y vasos infraorbitarios.

E 2 (Cara).

Situación. Se sitúa en la vertical de la pupila a 2 cm. de ésta, sobre el orificio infraorbitario.

Puntura. Oblicua hacia el orificio infraorbitario penetrando la aguja de 0,5 a 1 cm.; también se puntura oblicua hacia abajo con 0,5 a 1,5 cm. de profundidad.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares 65%

Afecciones algicas.

Zonales.

Algias faciales 65%

Sustrato anatómico. Arteria y nervio infraorbitario, en superficie se relaciona con ramas nasolabiales del nervio facial

E 3 (Cara).

Situación. En la intersección de una línea vertical que pasa por el centro de la pupila con otra horizontal tangente al borde inferior del ala de la nariz.

Puntura. Oblicua hacia arriba con una profundidad de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones álgicas,
.Zonales.

Algias faciales 80%

Sustrato anatómico. Paquete vásculonervioso infraorbitario. Superficialmente, rama labial del nervio facial y arteria facial.

E 4 (Cara).

Situación. Se encuentra en la horizontal a la comisura labial a 0,8 cm. por fuera de la misma.

Puntura. Oblicua con dirección al ángulo de la mandíbula, con una profundidad de 2 a 4 cm., o bien en dirección al ala de la nariz con un profundidad de 1 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones álgicas,
.Zonales.

Algias faciales 80%

Sustrato anatómico. En los dos casos de puntura, arteria facial dando las arterias comisurales superiores e inferiores, ramos labiales del nervio facial. Mientras, en el primer caso se puntura, además, los ramos bucales del nervio facial; en el segundo, la arteria facial.

E 5 (Cara).

Situación. Con el músculo masetero contraído, se encuentra delante de su borde anterior y sobre el borde inferior de la mandíbula, allí donde late la

arteria facial.

Puntura. Perpendicular o bien oblicuamente a la comisura labial, con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones álgicas.

.Zonales.

Algias faciales 80%

Sustrato anatómico. Rama marginal mandibular del nervio facial y arteria facial. En la puntura oblicua sigue paralela a la trayectoria de la arteria facial y ramas labiales del nervio facial.

E 6 (Cara).

Situación. Se sitúa sobre el relieve del músculo maseterino con la boca cerrada, a un través de dedo por delante del ángulo de la mandíbula.

Puntura. Se introduce la aguja perpendicularmente, penetrando de 0,5 a 1 cm., o tansversalmente hacia la comisura labial con una profundidad de 2 a 5 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones álgicas.

.Zonales.

Algias faciales 80%

Sustrato anatómico. Paquete vásculonervioso maseterino. Superficialmente, ramo cérvicomentoniano del nervio facial.

E 7 (Cara).

Situación. Con la boca cerrada, se sitúa debajo del arco cigomático por delante de la articulación tèmpero-mandibular y detrás del masetero contraído.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 a 4 cm., o transversalmente hacia atrás u oblicuamente hacia la comisura de los labios o hacia el gonión, con un profundidad de 3 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca-
algia de dientes..... 65%

Afecciones álgicas.

Zonales.

Algias faciales 65%

Sustrato anatómico. Arteria y nervio maseterino, ramas de arteria y nervio maxilar inferior. En superficie, se relaciona con la arteria facial.

E 8 (Cabeza).

Situación. En la intersección de una vertical situada a 9 cm. de la línea media con una horizontal por un punto central situado a 5 cm. por encima de la glabella. Se encuentra por delante de la sutura frontoparietal.

Puntura. Tangencialmente hacia abajo o hacia el extremo interno de la ceja con una profundidad de 0,5 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares 65%

Afecciones álgicas.

Zonales.

Algias faciales 65%

Sustrato anatómico. Paquete temporal profundo medio. Rama frontal de la arteria temporal superficial así como el ramo temporal del nervio aurículo-temporal y el nervio frontal externo.

E 9 (Cuello. Antero-lateral).

Situación. Se sitúa sobre la horizontal a la prominencia laríngea del cartilago tiroides colocándose por delante del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.

Puntura. Perpendicularmente y ligeramente obli-

cuo hacia atrás y adentro con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de faringe-
amígdala 65%

Sustrato anatómico. Paquete vascular del cuello, bifurcándose la arteria carótida común en sus ramas externa e interna, y ramo descendente del nervio hipogloso. En superficie, se relaciona con el asa cervical, anastomosis de la rama cervical del nervio facial con el plexo cervical superficial, y ramas cutáneas de la arteria tiroidea craneal.

E 10 (Cuello. Antero-lateral).

Situación. Se encuentra en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, equidistante de la inserción de éste en la extremidad interna de la clavícula y una horizontal a la prominencia laríngea del cartilago tiroides.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm. o bien oblicua de fuera hacia dentro manteniéndose la aguja en un plano superficial.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de faringe-
amígdala 80%

Sustrato anatómico. Arteria tiroidea craneal, y busca la arteria carótida común con el plexo carotídeo; en superficie, filete caudal de la rama cervical transversa del plexo cervical y vena yugular externa.

E 11 (Cuello. Antero-lateral)

Situación. Se encuentra por encima de la extremidad interna de la clavícula entre las dos inserciones del músculo esternocleidomastoideo sobre la vertical del ya analizado E 9.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de faringe-
amígdala 65%

Afecciones algicas.

Zonales.

Algias de cuello 50%

Sustrato anatómico. Arteria carótida primitiva y ramo descendente del nervio hipogloso, en superficie se relaciona con nervio supraclavicular ventral y ramas cutáneas de la arteria supraescapular.

E 14 (Tórax).

Situación. Se sitúa en el 1er. espacio intercostal, a nivel de la línea media clavicular, a 8 cm. del eje medio.

Puntura. La aguja se inserta oblicuamente con una profundidad de 1 a 1,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones bronco-
pulmonares 65%

Sustrato anatómico. Rama ventral del 1er. espacio intercostal y rama de la arteria acromiotorácica, y superficialmente relacionado con el nervio supraclavicular medial y arteria cervical superficial.

E 16 (Tórax).

Situación. Se encuentra en el 3er. espacio intercostal, a nivel de la línea media clavicular, a 8 cm. del eje medio.

Puntura. Oblicuamente penetrando la aguja de 1 a 1,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones bronco- pulmonares	65%
Afecciones de la mama.....	65%

Sustrato anatómico. Queda en la masa muscular del músculo pectoral o de la glándula mamaria. Superficialmente relacionado con el ramo cutáneo ventral del 2º nervio intercostal y ramos cutáneos externos de la arteria mamaria interna.

E. 18 (Tórax).

Situación. Se encuentra en el 5º espacio intercostal, a nivel de la vertical del pezón.

Puntura. Oblicua hacia arriba con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de la mama.....	80%
----------------------------	-----

Sustrato anatómico. Ramo cutáneo ventro-lateral del 5º nervio intercostal y rama cutánea lateral de la arteria mamaria interna.

E. 19 (Abdomen).

Situación. Se encuentra en la intersección de la línea paramedial a 4 cm. de la línea sagital media y una horizontal a 12 cm. por encima del ombligo.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas	65%
----------------------------	-----

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de tronco	50%
------------------------	-----

Sustrato anatómico. Porción abdominal de la arteria mamaria interna, en superficie, rama cutánea ventral del 6º paquete intercostal.

E 21 (Abdomen).

Situación. Se encuentra en la línea paramedial a 4 cm. de la línea sagital y a 8 cm. por encima del ombligo.

Puntura. Perpendicularmente con un profundidad de 1 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas 65%

Sustrato anatómico. La porción abdominal de la arteria mamaria interna, y en superficie, ramo cutáneo ventral del 8º paquete vasculonervioso intercostal.

E 23 (Abdomen).

Situación. Se encuentra en la horizontal al punto JM 10, a 4 cm. por encima del ombligo y a 4 cm. de la línea media.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1,5 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas 65%

Afecciones del

psiquismo en general 65%

Sustrato anatómico. Porción abdominal de la arteria mamaria interna, y superficialmente, ramo cutáneo ventral del 9º paquete vasculonervioso intercostal.

E 24 (Abdomen).

Situación. Se encuentra en la intersección de una horizontal a un punto medio situado a 2 cm. por encima del ombligo con una vertical a 4 cm. de la línea media abdominal.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1,5 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas 65%

Alteraciones del

psiquismo en general 65%

Sustrato anatómico. Porción abdominal de la arteria mamaria interna anastomosándose con la epigástrica caudal, y superficialmente ramos cutáneos del 10º paquete intercostal.

E 25 (Abdomen).

Situación. En la horizontal al ombligo a 4 cm. por fuera de éste.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 3,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas 65%

Afecciones del
intestino delgado..... 65%

Afecciones del
intestino grueso 65%

Sustrato anatómico. Porción abdominal de la arteria mamaria interna anastomosándose con la epigástrica caudal, en superficie, ramos cutáneos ventrales del 10º paquete intercostal.

E 29 (Abdomen).

Situación. Se sitúa en la intersección de una línea horizontal a 6 cm. por debajo del ombligo con una vertical a 4 cm. de la línea media.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm., o bien oblicua hacia abajo penetrando la aguja de 3 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del	
testículo-pene	65%
Afecciones del ovario.....	65%

Sustrato anatómico. Busca las arterias pudendas externas y espermática externa, así como , la rama genital del nervio genitofemoral. En profundidad, arteria epigástrica caudal. En superficie, ramos cutáneos ventrales del nervio abdóminogenital mayor y arteria epigástrica superficial.

E 30 (Abdomen).

Situación. En la vertical a 4 cm. de la línea media, por encima y por fuera de la sínfisis pubiana.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm., o bien oblicuamente hacia afuera de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de	
testículo-pene	65%

Afecciones algicas.

Zonales.

Algias de espalda	50%
Algias lumbares	50%

Sustrato anatómico. Arteria espermática externa y rama genital del nervio genitocrural, así como, rama genital de los nervios abdominogenitales, y en superficie, ramo ventral del nervio abdominogenital mayor y de la arteria pudenda externa.

E 31 (Muslo. Anterior).

Situación. Se coloca en el tercio proximal de

esta cara ventral, en la intersección de la vertical a la espina iliaca anterosuperior con la horizontal al borde inferior de la sínfisis pubiana. Cuando se flexiona el muslo sobre el abdomen la mencionada espina se aplica sobre dicho punto.

Puntura. Perpendicularmente variando su profundidad entre 2 a 6 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Afecciones del muslo 50%

Sustrato anatómico. Ramas del nervio destinado al músculo recto anterior y arterias procedentes de la circunfleja lateral. En superficie, ramas del nervio femorocutáneo externo y de las arterias circunflejas ilíacas superficiales.

E 33 (Muslo. Anterior).

Situación. Se encuentra en el tercio inferior de esta cara ventral, sobre la vertical que pasa por el ángulo superoexterno de la rótula a 6 cm. por encima de ésta. La aguja se introduce entre los músculos vasto interno, por dentro, y vasto externo, por fuera.

Puntura. Se introduce perpendicularmente con una profundidad que varía entre 2 a 6 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de rodilla 65%

Sustrato anatómico. Se introduce en el vasto externo. En superficie, ramos terminales del nervio femorocutáneo externo.

E 34 (Rodilla. Anterior).

Situación. Se coloca en el límite superior de esta cara ventral, sobre la vertical del ángulo superoexterno de la rótula, a 4 cm. de ésta.

Puntura. Se introduce la aguja perpendicularmente con una profundidad de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de rodilla 65%

Sustrato anatómico. La aguja se introduce en el vasto externo afectando al paquete vásculonervioso articular supero-externo y llegando a la bolsa serosa subcuadricipital. En superficie, el nervio femoral lateral o femorocutáneo.

E 35 (Rodilla. Anterior).

Situación. Con la rodilla flexionada, se sitúa en la interlínea articular por debajo de la rótula y en el borde externo del tendón rotuliano.

Puntura. La aguja se puede introducir perpendicularmente con una profundidad de 1 a 3 cm., o bien oblicuamente hacia fuera penetrando de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de rodilla 65%

Sustrato anatómico. Ramas de la arteria articular tibial inferior externa anastomosándose con la recurrente tibial anterior. En superficie, ramos del nervio cutáneo peroneo y ramo infrapatelar del nervio safeno interno.

E 36 (Pierna. Anterior).

Situación. Se encuentra en la mitad superior de esta cara ventral a 6 cm. del borde inferior de la rótula y a un través de dedo de la cresta tibial anterior, sobre la vertical del ya comentado E 35.

Puntura. Se puede introducir la aguja perpendicularmente de 2 a 4 cm., o bien oblicua hacia abajo con una profundidad de 4 a 6 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca-	
algia dental	65%
Afecciones gástricas	80%
Afecciones del	
intestino delgado.....	65%
Afecciones del	
intestino grueso.....	65%

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares	65%
---------------------------	-----

Alteraciones del

psiquismo en general	65%
----------------------------	-----

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de rodilla	80%
Parálisis-algias del	
miembro inferior.....	50%

Sustrato anatómico. Arteria tibial anterior con su rama recurrente tibial anterior, algo más lateral queda el nervio tibial anterior. En superficie, ramos del nervio cutáneo fibular de la pierna o cutáneo peroneo, anastomosándose con el ramo infrapatelar del safeno.

E 37 (Pierna. Anterior).

Situación. Se encuentra en la vertical del punto anteriormente descrito E 36, y a 6 cm. por debajo de éste.

Puntura. De igual forma que el E 36.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del	
intestino grueso.....	65%

Sustrato anatómico. Arteria tibial anterior, más lateral queda el nervio tibial anterior, en superficie, el filete del ramo infrapatelar del nervio safeno.

E 10 (Pierna. Anterior).

Situación. Se encuentra en el borde externo de la pierna, a 16 cm. del borde anterior del maleolo peroneo y a 2 traveses de dedo de la cresta tibial anterior.

Puntura. Se introduce la aguja perpendicularmente y ligeramente hacia el interior con una profundidad de 2 a 6 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones bronco-
pulmonares 65%

Alteraciones del
psiquismo en general 80%

Afecciones algicas.

.Distales.
Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Paquete vasculonervioso tibial anterior, y en superficie, el nervio cutáneo fibular superficial o musculocutáneo.

E 41 (Tobillo. Anterior).

Situación. Está colocado en la mitad del ligamento anterior del tarso, situándose la aguja entre los tendones del extensor propio del dedo gordo y extensor común de los dedos.

Puntura. Se puede punturar perpendicularmente con una profundidad de 0,5 a 1 cm., o bien oblicua hacia los lados penetrando la aguja entre 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones del
psiquismo en general 80%

Afecciones algicas.

.Distales.
Algias cefálicas 65%

.Zonales.
Algias de pie 50%

Sustrato anatómico. En perpendicular, rama interna del nervio musculocutáneo así como el nervio y la arteria tibial anterior, cuando ésta se transforma en arteria pedia y da la arteria dorsal del tarso. En dirección oblicua, rama externa del nervio musculocutáneo o ramas terminales del nervio safeno interno.

E 42 (Pie. Dorso).

Situación. Se sitúa en la vertical del punto medio del pliegue anterior del pie (E 41) a 3 cm. por debajo de este último punto allí donde se nota latir la arteria pedia.

Puntura. Se realiza una puntura perpendicular con una profundidad de 0,6 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca-
algia dental 80%

Alteraciones del
" psiquismo en general 80%

Afecciones algicas.

Zonales.

Algias de pie 50%
Parálisis-algias del
miembro inferior..... 65%

Sustrato anatómico. En profundidad, arteria pedia y nervio tibial anterior. En superficie, rama interna del nervio musculocutáneo.

E 44 (Pie. Dorso).

Situación. En la prolongación del 2º espacio interóseo a 1 cm. por detrás de la comisura interdigital quedando por delante de la articulación entre las cabezas del 2º y 3º metatarsiano.

Puntura. Oblicua en dirección proximal con una profundidad de 0,5 a 1,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca-
algia dental 65%

Sustrato anatómico. Primeramente afecta al 4º paquete vasculonervioso dorsal propio. En dirección proximal, afecta al 2º nervio dorsal común, rama de la división interna del nervio musculocutáneo, así como a la 2ª arteria interósea dorsal dividiéndose en las digitales propias y anastomosándose con la interósea plantar correspondiente.

E 45 (Dedos).

Situación. Se sitúa a 2 mm. por detrás del ángulo ungueal externo del 2º dedo.

Puntura. La aguja se introduce perpendicular u oblicuamente en dirección proximal de 2 a 6 mm. de profundidad.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca-
algia dental 65%

Alteraciones del

psiquismo en general 65%

Sustrato anatómico. Paquete vasculonervioso colateral externo del 2º dedo, ramas de la arteria dorsal del metatarso a través de la 2ª arteria interósea y del nervio plantar interno.

3.e. Resumen del meridiano.

Se trata de un meridiano de notable significación energética, de una amplia acción general muy en consonancia con la digestión y nutrición que en buena parte preside la viscera que nomina, capaz de provocar en el organismo desde postración y agotamiento hasta energía.

vitalidad y excitación. Tiene mucho que ver con enfermedades gástricas (se dice que nace energéticamente en el estómago) y psíquicas, binomio éste estómago-psiquismo bien conocido en medicina psicosomática.

Su trayecto interno se origina en el plexo solar y asciende por vísceras y grandes vasos hasta el hueco supraclavicular (en acupuntura E 12) donde el tronco arterial braquiocefálico se bifurca en profundidad en subclavia y carótida primitiva: el meridiano sigue el trayecto carotídeo primitivo, primero, y más tarde ambos, el interno (hacia ojo y cerebro) y el externo (hacia cara y boca).

El meridiano también sale de la profundidad siguiendo el trayecto vascular iliacofemoral, y ya continúa su trayecto en el miembro inferior que, aunque sobre el muslo es puramente convencional e imaginario, alcanza pronto el paquete tibial anterior al que sigue por sus ramas terminales hasta los dedos.

El largo trayecto por el tronco sirve, entre otras cosas (aprovechar estructuras anatómicas segmentarias que funcionan localmente) para, como hemos dicho, unir superficialmente los trayectos céntricofacial e inferior del meridiano que, anatómicamente, no son sino dos recorridos distantes y divergentes y, por supuesto, absolutamente independientes entre sí, aunque la compo-

sición los presente como un largo y único recorrido.

Digamos, finalmente, que en este meridiano se vuelve a comporbar cómo órganos enfermos de la cabeza se puede tratar de doble manera: de manera local por puntos de su zona, y desde la distancia, desde las áreas viscerales y psíquicas de los miembros, por un mecanismo anatómicamente metamérico y clínicamente psicósomático.

4. MERIDIANO BAZO. (TSU TAL YIN)

4.a. Definición y características tradicionales.

Energéticamente podría considerarse un meridiano doble, con puntos en relación con uno y otro órgano, pero en la práctica acupuntural es imposible separar energéticamente las funciones de uno y otro órgano; en los trastornos del meridiano se habla de cuerpo pesado y doloroso, con vientre hinchado, eructos y, quizás, diarrea, así como rigideces y dolores generalizados, destacando en estos últimos los del esófago y base de lengua y alguno zonal. El enfermo puede sentirse nervioso. Se trata de un meridiano de influencias eminentemente digestivas, específicamente de estómago y, sobre todo, de intestino grueso, con dos puntos de influencia psíquica.

Su trayecto interno se centra en los plexos solar e intermesentérico para seguir por la malla perivascular iliaco-femoral conectando con su trayecto superficial por el miembro inferior a través del punto de tránsito E 30.

Es un meridiano yin de abajo que se queda en el tórax porque no puede acceder a la cabeza (yang) sino a través de conexiones con los meridianos yang que sí llegan a ella; lógicamente, se une a su meridiano acoplado estómago.

Sus puntos Shu antiguos son los siguientes: Ting, B 1; Yung, B 2; Yu e Iunn, B 3; King, B 5; Ho, B 9. Su punto Lo es el B 4; su punto de Asentimiento es el V 20 y el Heraldo, H 13.

Su meridiano acoplado es el meridiano estómago. Tiene su horario de máxima energía de las 9 a las 11 horas. En el círculo energético, el meridiano precedente es el meridiano estómago; el siguiente, meridiano corazón; y el opuesto horario, meridiano triple recalentador (de 21 a 23 horas).

4.b. Recorrido y correspondencia anatómica.

Se origina, ya lo hemos dicho, en el vegetativo abdominal y sigue el continuo nervioso de la aorta y vasos ilíacos primitivos y externos para aparecer en el miembro inferior a través del punto de tránsito E 30.

que se conecta con el B 12 por una conexión señalada. A partir de ese punto, el verdadero trayecto anatómico se continúa por el miembro inferior, llegando hasta el dedo gordo del pie.

Sin embargo, desde el citado punto B 12, se hace subir el recorrido superficial de este meridiano por abdomen y tórax hasta el 2º espacio intercostal, no pudiendo subir más por ser yin, como hemos indicado más arriba; al no corresponder este recorrido a trayecto anatómico alguno se puede considerar como un trayecto artificial o práctico para enlazar una corta serie de puntos anatómicamente aislados. De todos modos, en la práctica, el trayecto superficial del meridiano bazo se considera único, de pie a tórax, pasando de largo por su punto de tránsito (B 12 - E 30).

Nace el meridiano en el ángulo ungueal interno del dedo gordo del pie (B 1); recorre todo el borde interno del dedo (B 2), sigue por el borde interno del pie (B 3 y B 4) hasta llegar a una posición inmediatamente por delante y debajo del maleolo interno (B 5). En este trayecto, sigue en profundidad a la arteria plantar interna pero, para continuar sobre el de la arteria tibial posterior, tiene que pasar a relacionarse con un plano profundo posterior de la pierna, por donde transita el paquete vasculonervioso; contornea el maleolo

interno y pasa a colocarse verticalmente detrás del borde interno de la pierna (B 6, B 7 y B 8) de tal modo, en el trayecto cutáneo más próximo pero realmente lejano del trayecto vásculonervioso de tal manera que las agujas han de clavarse perpendicular y profundamente hacia fuera, por detrás de la tibia, para alcanzar con su punto el ambiente vegetativo del paquete (en el punto B 6 hasta 4 cm.). Siguiendo por la pierna hacia arriba alcanza el relieve de la meseta tibial (B 9) de donde pasa al muslo.

Por el muslo, el meridiano sube sin pena ni gloria colocando puntos no significativos terapéuticamente (B 10 y B 11) hasta llegar al pliegue inguinal (B 12) donde conexiona una ramita con su punto de tránsito E 30.

Sigúe ascendiendo ahora por su trayecto artificial por la parte intermedia ventral del abdomen (B 14, B 15 y B 16) y, después de desplazarse ligeramente hacia afuera, recobra su verticalidad al entrar en el tórax sube, uniendo superficialmente puntos que corresponden a los de emergencia de los paquetes segmentarios lumbares e intercostales (B 17, B 18 y B 19) hasta el 2º espacio intercostal (B 20). A partir de este punto, que podía ser de su terminación, desciende bruscamente hasta el 6º espacio intercostal en la línea axilar media donde se señala su último punto (B 21), sirviendo este trayecto

recurrente para construir una "V" invertida característica, tan curiosa que algunos autores consideran este trayecto como el Gran vaso Lo del meridiano bazo, el cuyo caso el punto B 20 sería realmente el punto final del meridiano, desde donde tendría que conectar con un meridiano yang para tener influencia sobre la cabeza yang.

4.c. Zonas anatómicas de tránsito, áreas reflejas tradicionales y otras ramas de conexión.

4.c.1. Zonas anatómicas de tránsito y sus conexiones.

Este meridiano accede a la cavidad abdominal a través del pliegue inguinal, simbolizado en el punto E 30. Con este punto conecta por una rama originado en el B 12.

4.c.2. Áreas reflejas tradicionales.

Transcurre a través del área lateral refleja de intestino grueso, donde posee el punto B 15.

4.c.3. Conexiones de referencia terapéutica.

Desde su punto B 15, se dirige una conexión a la zona media superior (JM 10), para explicar las acciones gástricas de sus puntos distales.

Su trayecto interno conecta con el recorrido super-

ficial del meridiano estómago a nivel del punto de tránsito E 12. Con dicho meridiano alcanza el territorio cervical y facial.

4.c.4. Conexiones tradicionales energéticas.

- Conexiones de acoplamiento energético.

Desde su punto Lo, B 4, en el pie, parte una ramita que conecta con el punto E 42, situado en el dorso del pie y que constituye el punto Iunn del meridiano acoplado. Es la unión de acoplamiento energético del meridiano bazo.

Su punto B 3 (punto Iunn), en el pie, recibe la unión de acoplamiento del meridiano estómago, que procede del punto Lo E 40, situado en la cara ventral de la pierna.

- Conexiones del círculo energético.

Entre el punto final, B 21 (en el 6º espacio intercostal), y el inicial del meridiano corazón, C 1 (situado en el vértice de la axila), existe una ramitas que simbólicamente sirve para continuar el círculo energético que no se puede interrumpir. Por el otro extremo, el círculo energético se cierra por la conexión E 45 - B 1.

4.d. Áreas acupunturales representativas y puntos significativos.

4.d.1. Áreas acupunturales representativa.

Como en precedentes meridiano, se relaciona las áreas atravesadas por este meridiano y los puntos que posee en cada una de aquellas en la tabla 26.

4.d.2. Puntos significativos.

B 1 (Dedos).

Situación. Se encuentra a 2 mm. por detrás del ángulo ungueal interno del dedo gordo.

Puntura. Se puntura perpendicularmente y oblicuamente en dirección proximal con una profundidad de 2 a 4 mm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 65%

Substrato anatómico. Paquete vásculonervioso colateral plantar interno del dedo gordo, ramas de la arteria y nervio plantar interno.

B 2 (Pie. Dorso).

Situación. Está colocado en el borde interno del pie, por delante y debajo de la articulación metatarsofalángica del primer dedo.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 0,5 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de espalda 50%

Algias lumbares 50%

Sustrato anatómico. 1ª arteria y nervio digital plantar propio.

B 3 (Pie. Dorso).

Situación. En el borde interno del pie, encontrándose por debajo y detrás de la cabeza del 1er. metatarsiano, allí donde la piel cambia de color.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 0,5 a 1,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 65%

Sustrato anatómico. 1er. paquete vasculonervioso digital plantar propio, ramas de la arteria y nervio plantar interno. En superficie, rama interna del nervio musculocutáneo anastomosándose con ramos cutáneos del nervio plantar interno.

B 4 (Pie. Dorso).

Situación. Se encuentra en el borde interno del pie, en la parte anterior de la arcada plantar bajo la base del 1er. metatarsiano y a 2 cm. proximal a la articulación metatarsofalángica del dedo gordo.

Puntura. Se puntura perpendicularmente con una profundidad de 1 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas 80%
Afecciones del
intestino grueso..... 65%

Alteraciones del

psiquismo en general 65%

Sustrato anatómico. 1er. paquete vasculonervioso digital plantar propio, ramas de la arteria y

nervio plantar interno. Posteriormente, va en busca de la arcada plantar profunda afectando a la 1ª interósea plantar, próxima a su origen en la arteria plantar externa y de la anastomosis de ésta con la pedia, y a la rama externa del nervio plantar interno. En superficie, ramo interno del nervio musculocutáneo.

B 5 (Tobillo. Anterior).

Situación. Se sitúa en el hueco existente por delante y debajo del maleolo interno. En la intersección de una vertical tangente al borde anterior y una horizontal tangente al borde inferior del maleolo antes citado.

Puntura. Se puede punturar perpendicularmente con una profundidad de 0,5 a 1 cm., así como oblicuamente hacia el centro de la garganta del pie, con 2 a 3 cm. de profundidad.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del	
intestino grueso.....	80%
Afecciones del ano	65%

Sustrato anatómico. En profundidad, rama terminal del nervio safeno interno y, algo más profundo, arteria maleolar interna, con riqueza de anastomosis con la arteria peronea anterior y la arteria pedia. En la puntura horizontal va en busca de la arteria pedia.

B 6 (Pierna. Posterior).

Situación. Se encuentra en el tercio distal del borde posterointerno de la tibia, a 6 cm. por encima del vértice del maleolo tibial.

Puntura. La aguja se introduce perpendicularmente, a una profundidad de 2 a 4 cm., o bien oblicua en dirección hacia arriba o hacia abajo con igual profundidad.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 65%

**Alteraciones del
psiquismo en general 65%**

Sustrato anatómico. Arteria tibial posterior y, más externo, nervio tibial posterior. En superficie, nervio safeno interno.

B 9 (Rodilla. Posterior).

Situación. Se encuentra en la horizontal de la tuberosidad anterior de la tibia sobre el borde posteroinferior de su tuberosidad interna, al mismo nivel que el punto VB 34.

Puntura. Perpendicularmente con un profundidad de 2 a 6 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 65%

Afecciones algicas.

.Distales.

· Algias de espalda 50%

.Zonales.

Algias de rodilla 50%

Sustrato anatómico. Paquete vásculonervioso del gemelo interno, al atravesar dicho músculo alcanza el hueco poplíteo y el paquete vásculonervioso tibial posterior. En superficie, ramo infrapatelar del nervio safeno interno y arteria descendente de la rodilla.

B 14. (Abdomen).

Situación. En la intersección de la línea horizontal a 2,5 cm. por debajo del ombligo con una vertical a 8 cm. de la línea media.

Puntura. Perpendicular con una profundidad de 1,5 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 65%

Sustrato anatómico. Ramos ventrales del 11º paquete intercostal, en superficie, ramos cutáneos del 10º paquete intercostal.

B 15 (Abdomen).

Situación. Se sitúa en la horizontal al ombligo a 7 cm. de la línea media.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1,5 a 3 cm., o bien oblicuamente hacia el ombligo con una profundidad de 4 a 5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones del
intestino grueso..... 65%

Sustrato anatómico. Ramos cutáneos ventrales del 10º paquete intercostal, en superficie ramos cutáneos laterales del 10º paquete intercostal.

B 18 (Tórax).

Situación. En el 4º espacio intercostal a 12 cm. de la línea media.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 1,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de mama 65%

Sustrato anatómico. Ramo cutáneo ventrolateral del 5º nervio intercostal y ramo cutáneo externo de la arteria mamaria interna.

4.c. Resumen del meridiano.

Podría ser considerado muy bien este meridiano como el de intestino grueso si las nominaciones de los meridianos correspondieran a las de los órganos o vísceras sobre los que ejerce fundamentalmente su influencia terapéutica, lo que no es así.

Es un ejemplo de la naturaleza psicosomática de la influencia de estos meridianos, apareciendo mezcladas en sus trayecto áreas propias de la víscera (tan sensible psicosomáticamente) y otras psíquicas, donde coloca sus puntos.

El meridiano acupuntural es como una "T" cuyo tramo horizontal (vamos a considerarlo ahora superficial) recorre la superficie corporal del pie al tórax, y el tramo vertical o profundo parte del punto B 12 profundizando en el abdomen hasta el plexo intermesentérico a través del punto de tránsito E 30.

5. MERIDIANO CORAZÓN. (SHOU SHAO YIN)

5.a. Definición y características tradicionales.

Bajo el punto de vista energético, el meridiano toma su energía en la malla vegetativa de los plexos cardíacos (calentador superior), siendo el corazón un órgano

estrechamente ligado al psiquismo, como el meridiano. Se continúa hacia abajo anatómicamente con los plexos solar y mesentérico hasta llegar al intestino delgado (calentador medio) y asciende hasta la garganta por los plexos vegetativos perifaríngeos; tiene, pues, una amplia implantación vegetativa en origen. Una vez hecho superficial por el punto de tránsito C 1 recorre todo el miembro superior.

Bajo el punto de vista terapéutico, el estímulo de sus puntos responde en buena parte a este planteamiento energético, puesto que tiene puntos significativos en el tratamiento de las enfermedades cardiocirculatorias y otros -o los mismos- muy significativos en los trastornos psíquicos; un par de puntos se emplean en el tratamiento de las afecciones faringoamigdalinas, y sólo un punto, el primero, es antiálgico, para hombro y vecindades del tronco.

Se trata, pues, de un meridiano más psíquico que visceral, y, en este último aspecto, cardiocirculatorio y digestivo alto. Sólo es testimonialmente antiálgico.

Está entre los tres meridianos yin de arriba, y recorre el miembro superior desde la axila al ángulo ungueal externo del meñique. Su trayecto se sitúa por detrás del meridiano maestro corazón, y en él se señalan 9 puntos.

Sus puntos Shu antiguos son los siguientes: Ting, C 9; Yung, C 8; Yu e Iunn, C 7; King, C 4; y Ho, C 3. Su punto Lo es el C 5; punto de Asentimiento corresponde al V 15 y el Heraldó al JM 14. Su meridiano acoplado es el meridiano intestino delgado. Tiene su horario de máxima energía de 11 a 13 horas. En el círculo energético, el meridiano precedente es el meridiano bazo (de 9 a 11 horas); el siguiente, meridiano intestino delgado (de 13 a 15 horas) y el opuesto, meridiano vesícula biliar (de 23 a 1 horas).

5.b. Recorrido y correspondencia anatómica.

El recorrido interno del meridiano corazón corresponde al continuo vegetativo que, centrado en el plexo cardíaco, va desde el propio plexo solar, por abajo, hasta el plexo faríngeo por arriba. Desde toda esta tupida red, el camino del meridiano se continúa a lo largo de los plexos vegetativos perivasculares del miembro superior siguiendo el lógico camino arterial (aorta, subclavia, axilar, etc.). El punto de tránsito, donde el trayecto profundo se continúa con el superficial o a la inversa, es el C 1.

Comienza, pues, el trayecto superficial del meridiano en el mismo vértice axilar (C 1) y recorre el brazo longitudinalmente, cerca de su borde interno (C 2),

hasta el canal bicipital interno (C 3); sigue por la cara ventral del antebrazo, cerca y paralelo a su borde cubital, y, al acercarse a la muñeca, acumula algunos de sus puntos (C 4, C 5 y C 6); en ella, cruza el extremo interno del pliegue de flexión mayor (C 7), y, por la región hipotenar, cruza el pliegue palmar distal (C 8); desde allí, siguiendo el borde externo del meñique, llega a su ángulo ungueal externo donde termina (C 9).

Su trayecto refiere en superficie el que siguen en profundidad los paquetes vásculonerviosos. Efectivamente, comienza en la axila en el borde interno de la arteria axilar, y sigue en el brazo a lo lejos el trayecto de la humeral, pero sin interesarse demasiado en esta relación. El hecho de que su punto primero (C 1) sea exclusivamente antiálgico significa que las agujas están más interesadas en estimular el acompañamiento nervioso de la arteria (quizás el fascículo secundario medial) que la arteria en sí. En su paso por el brazo se desentiende de todo, de manera que su punto C 2 no es terapéuticamente significativo. A partir del pliegue del codo se encuentra con el paquete cubital (quizás ahí mismo con la arteria recurrente ulnar) y ya no lo deja hasta la muñeca, siendo todos los puntos sobre ella muy significativos para el tratamiento de los trastornos psíquicos así como cardiocirculatorios y faringoamigda-

linos; en la mano sucede igual C 9).

5.c. Zonas anatómicas de tránsito, áreas reflejas tradicionales y otras ramas de conexión.

5.c.1. Zonas anatómicas de tránsito y sus conexiones.

Su zona anatómica de tránsito se encuentra en el vértice de la axila, donde se sitúa su punto C 1, punto de tránsito.

5.c.2. Areas reflejas tradicionales.

Este meridiano no transcurre por ninguna de las áreas reflejas tradicionales descritas.

5.c.3. Conexiones de referencia terapéutica.

Siendo un meridiano yin ha de unirse en el cuello con su acoplado yang, para con él ascender a la cabeza. Esta unión se hace desde la profundidad a través del punto E 12. Desde él, se dirige al punto ID 16, conectando así con el meridiano intestino delgado.

5.c.4 Conexiones tradicionales energéticas.

- Conexiones de acoplamiento energético.

Desde el punto C 5 (punto Lo) en el borde radial del tendón del músculo cubital anterior, cerca de la muñeca, desciende una ramita, conexión de acoplamiento del meri-

diano corazón por el borde interno de ésta hasta una depresión existente entre el 5º metacarpiano y el hueso ganchoso, donde se sitúa el punto Iunn del meridiano acoplado (ID 4).

En su punto Iunn, C 7 (situado en el borde radial del pliegue de la muñeca), finaliza la conexión de acoplamiento del meridiano intestino delgado. Dicha unión parte del punto ID 7 (punto Lo), situado en la parte radial del antebrazo.

- Conexiones del círculo energético.

Su punto final, C 9 (en el ángulo ungueal externo del dedo meñique), se enlaza a través de la superficie corporal con el inicial del meridiano intestino delgado (ID 1, ángulo ungueal interno del dedo meñique). Este último meridiano es el siguiente en el círculo.

Por el otro extremo, el punto inicial del meridiano corazón (C 1, vértice axilar) recibe la unión del último punto del meridiano precedente del círculo, meridiano bazo, B 21 (en el 6º espacio intercostal).

5.d. Áreas acupunturales representativas y puntos significativos.

5.d.1. Áreas acupunturales representativas.

En la tabla 27 se contempla las áreas representati-

vas atravesadas por el recorrido superficial de este meridiano.

5.d.2. Puntos significativos.

C 1 (Axila. Vértice).

Situación. Se encuentra en el vértice del hueco axilar sobre el lado interno de la arteria axilar.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de tronco 50%

.Zonales.

Algias de hombro 50%

Sustrato anatómico. Ramos internos del plexo braquial (nervio cubital, braquial cutáneo interno o su accesorio) y arteria axilar, y en su recorrido: filetes cutáneos laterales del ramo dorsal del 2º nervio intercostal y del accesorio del braquial cutáneo interno.

C 3 (Codo. Anterior).

Situación. Se encuentra sobre la extremidad interna del pliegue de flexión del codo, entre el tendón del bíceps y la epitroclea.

Puntura. Perpendicularmente a una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones del
psiquismo en general 65%

Sustrato anatómico. Busca la arteria colateral ulnar distal, rama de la arteria braquial, anastomozándose con la recurrente ulnar anterior, rama de la arteria cubital, y superficialmente se relaciona con el nervio cutáneo ulnar del antebrazo, ramo ulnar

del nervio braquial cutáneo interno.

C 4 (Antebrazo. Anterior).

Situación. En el tercio inferior de la corredera cubital sobre el borde radial del cubital anterior, a 3 cm. del pliegue anterior de la muñeca.

Puntura. Perpendicularmente penetrando de 0,6 a 1,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones del
psiquismo en general 65%

Sustrato anatómico. Arteria cubital y nervio cubital con su rama palmar, y en superficie se relaciona con la rama anterior del nervio braquial cutáneo interno.

C 5 (Antebrazo. Anterior).

Situación. Se sitúa en la extremidad distal e interna de la cara anterior del antebrazo, sobre la corredera cubital a 2 cm. del pliegue ventral o de flexión de la muñeca.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.
Afecciones de faringe-
amígdala 65%

Alteraciones del
psiquismo en general 80%

Sustrato anatómico. Arteria cubital, el nervio cubital se encuentra más interno, y en superficie ramo palmar del nervio cubital.

C 6 (Muñeca. Anterior).

Situación. En el extremo distal del canal cubi-

tal, sobre el borde radial del tendón del músculo cubital anterior a 1 cm. de la extremidad externa del pliegue mayor de la muñeca.

Puntura. Perpendicularmente de 0,6 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones del
psiquismo en general 65%

Sustrato anatómico. Arteria cubital y nervio cubital, y en superficie la rama palmar del nervio cubital.

C 7 (Muñeca. Anterior).

Situación. En la extremidad interna del pliegue de flexión de la muñeca, en el hueco formado por el borde radial del tendón del músculo cubital anterior y el hueso piramidal.

Puntura. Perpendicularmente penetrando de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.
Afecciones de faringe-
amígdala 65%
Afecciones cardio-
circulatorias 65%

Alteraciones del
psiquismo en general 80%

Sustrato anatómico. Arteria cubital, al nivel de dar la arteria cúbito palmar, y el nervio cubital. En superficie, la rama palmar del nervio cubital.

C 9 (Dedos).

Situación. Se coloca a 2 mm. por detrás y arriba del ángulo ungueal externo del 5º dedo.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 mm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones cardio-
circulatorias 65%

**Alteraciones del
psiquismo en general 65%**

Sustrato anatómico. 9ª arteria y nervio digital
volar propio, que proceden, respectivamente, de la
2ª arteria digital común del arco palmar superficial
y de la rama superficial del nervio cubital.

5.e. Resumen del meridiano.

Se trata de un meridiano de gran interés psíquico y
de influencia especial sobre corazón, faringe y amigda-
la. En su trayecto superficial se le ve cruzar las áreas
acupunturales representativas, específicas de esos
órganos.

Su origen profundo se hace en las redes vegetativas
profundas y su recorrido superficial sigue trayectos
vasculares; sólo un punto (C 1) se aplica en algias de
hombro y tronco, seguramente por aferentización por los
gruesos troncos nerviosos vecinos.

6. MERIDIANO INTESTINO DELGADO. (SHOU TAI YANG)

6.a. Definición y características tradicionales.

Energéticamente parte de la región del calentador

medio, centrado sobre estómago-duodeno, llegando hasta relacionarse con la zona del intestino y por arriba con la de la faringe. Ahi están sus raíces vegetativas que se continúan por un trayecto periarterial que asciende por aorta para continuar su trayecto superficial en el punto E 12, en la región supraclavicular; desde el nacimiento de las arterias carótida primitiva y subclavia, sigue ambos caminos hacia la cabeza y el miembro superior.

En acupuntura se habla de un recorrido superficial unitario, suma de estos dos últimos recorridos vasculares superficiales. Parte del ángulo ungueal interno del dedo meñique y recorre todo el contorno pósterointerno de la extremidad superior, cruza la región escapular, el cuello, la cara, y termina por delante del trago, de un modo parecido a como lo hace el meridiano intestino grueso.

Como perturbaciones energéticas de este meridiano, se habla de desequilibrios en la regulación del líquido orgánico (en colaboración con el meridiano intestino grueso en cuanto a consistencia de las heces), así como dolores e hinchazones en la región submaxilar que cruza, imposibilidad de girar el cuello, dolores aislados o simultáneos desde cuello a mano, así como, finalmente, sordera o zumbidos, esclerótica amarilla, etc.

Como en otras ocasiones, repetimos que su significado terapéutico no es el mismo de su significado funcional, de modo que se utiliza significativamente en afecciones de sentidos, boca y dientes, faringe y mama; es un meridiano psíquico significativo, y antiálgico para las zonas que recorre de mano a cabeza.

Con el meridiano intestino grueso y triple recalentador, es un meridiano centripeto del miembro superior y /o yang de arriba. En su recorrido superficial despliega 19 puntos.

Sus puntos Shu antiguos son los siguientes: Ting, ID 1; Yung, ID 2; Iu , ID 3; Iunn, ID 4; King, ID 5; y Ho, ID 8. Su punto Lo es el ID 7; su punto Asentimiento, V 27, y el Herald, JM 4. Su meridiano acoplado es el meridiano corazón. Su máximo de energía se dá de las 13 a las 15 horas. En el círculo energético, el meridiano precedente es el meridiano corazón (de 11 a 13 horas); el siguiente, meridiano vejiga (de 15 a 17 horas); y el opuesto, meridiano hígado (de 1 a 3 horas).

6.b. Recorrido y correspondencia anatómica.

El entronque del meridiano intestino delgado con los plexos centrales vegetativos (plexo solar) se hace por el camino vascular, emergiendo en la región claviclar, como hemos dicho ya, para seguir vascularmente un doble

trazado divergente hacia cabeza y miembro superior que, en la práctica, se reconoce como un único trayecto de dedos a cabeza.

Comienza en el ángulo ungueal interno del meñique (ID 1) subiendo por el borde interno hasta su base (ID 2), sigue por el borde interno de la mano (ID 3 e ID 4) y llega hasta la muñeca (ID 5). Las agujas que se colocan en este recorrido van buscando en sus puntas los paquetes vásculonerviosos digitales, propios y comunes.

Recorre el meridiano hacia arriba el contorno interno del antebrazo (ID 6 e ID 7), pasa por el canal epitrocleeocraniano (ID 8) y recorre el brazo en idéntica posición hasta el hombro (ID 9), subiendo y bajando en la fosa infraespinosa (ID 10 e ID 11), pasa a la supraespinosa (ID 12) y llegando al borde escapular superointerno (ID 13), que recorre en un corto trayecto (ID 14) para llegar, poco más allá cerca del contorno pósteroinferior del cuello (ID 15).

Cruza el meridiano el cuello hacia arriba y adelante, colocando un punto en cada borde del músculo esternocleidomastoideo al cruzarlo (ID 16 e ID 17) y, finalmente, cruzando también el borde de la mandíbula, llega a situarse sobre el pómulo (ID 18) desde donde se dirige horizontalmente hacia atrás para terminar inmediatamente por delante del trago (ID 19).

6.c. Zonas anatómicas de tránsito, áreas reflejas tradicionales y otras ramas de conexión.

6.c.1. Zonas anatómicas de tránsito y sus conexiones.

Como el resto de meridianos yang del miembro superior, el meridiano intestino delgado alcanza la cavidad torácica por medio del hueco supraclavicular, simbolizado en el punto E 12. Para alcanzarlo se crea una rama aferente de tránsito al punto E 12 que parte del punto dorsal ID 15. Con el fin de proseguir el recorrido superficial del meridiano por el cuello y la cabeza, se traza desde la profundidad una conexión eferente de tránsito desde el punto E 12 hasta el punto cervical ID 16.

6.c.2. Areas reflejas tradicionales..

Este meridiano transcurre por el área refleja de las algias de hombro, donde deja los punto ID 12 e ID 13; el área refleja de las algias de cuello, colaborando con sus puntos ID 15 e ID 17.

En el territorio facial recorre las áreas reflejas de: oído (ID 19) y de las algias faciales (ID 18).

6.c.3. Conexiones de referencia terapéutica.

Desde la profundidad, a través del punto de tránsito E 12, surge una rama hacia el territorio facial que

sigue el recorrido cervical del meridiano estómago. En su trayecto conecta con el área refleja cervical de faringe-amígdala (E9).

Desde el ángulo de la mandíbula, recorre la rama ascendente del eje facial, conectando con el área refleja de las algias cefálicas a través del área refleja de oído. A partir del mismo origen, sigue la rama transversa del mencionado eje, enlazando con las áreas reflejas de boca, de nariz y de ojo.

Igualmente, desde su propio recorrido cervical existe una rama al círculo energético facial, que emerge del punto ID 17 y se dirige al ángulo de la mandíbula, desde donde hace el recorrido citado anteriormente.

Desde su punto ID 18 se desprende una rama que se dirige al vértex cefálico, TM 20, área refleja del psiquismo.

6.c.4. Conexiones tradicionales energéticas.

- Conexiones de acoplamiento energético.

Desde el punto ID 7 (punto Lo) desciende una ramita por el borde cubital del antebrazo hasta el extremo interno del pliegue transversal mayor de la muñeca, donde se encuentra el C 7, punto Iunn del meridiano acoplado, corazón. Esta es la conexión de acoplamiento del meridiano intestino delgado.

A su punto lunn, ID 4, llega la unión de acoplamiento energético del meridiano corazón. Esta conexión parte de un punto craneal, C 5 (punto Lo).

- Conexiones del círculo energético.

Desde el punto facial ID 18 (bajo el pómulos) se deriva una rama al punto inicial del siguiente meridiano, V 1 (en el ángulo interno del ojo).

En el otro extremo, a su punto inicial ID 1 le llega una rama de conexión del último punto del meridiano precedente, meridiano corazón (C 1).

6.d. Áreas acupunturales representativas y puntos significativos.

6.d.1. Áreas acupunturales representativas.

En las tablas 28 y 29, se esquematizan las áreas atravesadas por el recorrido superficial de este meridiano, señalando los puntos propios que posee en cada una de ellas.

6.d.2. Puntos significativos.

ID 1 (Dedos).

Situación. Se encuentra a 2 mm. por detrás y arriba del ángulo ungual interno del 5º dedo.

Puntura. Se introduce la aguja perpendicularmente con una profundidad de aproximadamente 2 mm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de faringe-
amígdala 65%
Afecciones de mama 65%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. 10ª arteria y nervio digital volar propio, ramas respectivamente de la 1ª arteria digital común del arco palmar superficial y de la rama superficial del nervio cubital.

ID 2 (Dedos).

Situación. En el borde cubital del 5º dedo, distal a la articulación metacarpofalángica, entre el cuerpo y la base de su primera falange.

Puntura. Perpendicularmente penetrando hasta 0,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de nariz-
senos paranasales..... 65%

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones del oído 65%

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de brazo 50%

Sustrato anatómico. 10ª arteria y nervio digital volar propio, ramas, respectivamente, del arco arterial palmar superficial y del filete interno de la rama superficial del nervio cubital.

ID 3 (Mano. Dorso).

Situación. En el borde cubital de la mano, en el pliegue más proximal que se forma al flexionar el 5º dedo, por delante de la articulación metacarpofalángica.

Puntura. Perpendicularmente introduciendo la aguja de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones del
psiquismo en general 65%

Alteraciones de los sentidos.
Afecciones del oído 65%
Afecciones oculares 80%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de cuello 65%
Algias de espalda 50%

Sustrato anatómico. Afecta al filete interno y externo de la rama superficial del nervio cubital, así como a la 1ª y 2ª arteria digital común o interósea palmar, ramas del arco palmar superficial.

ID 4 (Mano. Dorso).

Situación. En el borde interno de la mano, en el hueco existente entre la base del 5º metacarpiano y el hueso ganchoso.

Puntura. Perpendicularmente penetrando la aguja de 0,5 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.
Afecciones del oído 80%
Afecciones oculares 65%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias cefálicas 80%

.Zonales.

Algias de muñeca 80%
Algias de mano-dedo 50%

Sustrato anatómico. Ramo superficial de la arteria cubital y rama superficial del nervio cubital. Va en busca del ramo palmar profundo, y en superficie se sitúa entre filetes nerviosos del ramo dorsal y palmar del nervio cubital.

ID 5 (Muñeca. Posterior).

Situación. En el lado ulnar de la articulación de la muñeca, en el hueco situado entre la apófisis estiloides del cúbito y el hueso piramidal.

Puntura. Ligeramente oblicua penetrando de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca-
algia dental 65%

**Alteraciones del
psiquismo en general** 65%

Alteraciones de los sentidos.
Afecciones del oído 65%

Sustrato anatómico. Paquete vasculonervioso cubital, y en superficie ramo dorsal de la mano del nervio cubital y ramo carpiano dorsal de la arteria cubital.

ID 6 (Muñeca. Posterior).

Situación. Con el codo flexionado y la palma de la mano dirigida al pecho, se encuentra en un hueco situado por debajo y detrás de la apófisis estiloides del cúbito, entre los tendones del cubital anterior y posterior.

Puntura. Oblicuamente en dirección al punto MC 6, en la línea media del antebrazo, con una profundidad de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.
Afecciones oculares 65%

Afecciones algicas.

Zonales.
Algias de hombro 50%

Sustrato anatómico. Paquete vasculonervioso cubital, y en superficie rama dorsal de la mano del nervio cubital.

ID 7 (Antebrazo. Posterior).

Situación. Se encuentra sobre una línea imaginaria que une la apófisis estiloides del cúbito con el canal epitrocleeolecraniano, coincidente con el borde posterior del cúbito, a 10 cm. de la mencionada apófisis ulnar.

Puntura. Perpendicularmente penetrando de 1 a 1,5 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones del
psiquismo en general 80%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de cuello 50%

.Zonales.

Algias de brazo 50%

Sustrato anatómico. Arteria y nervio cubital, y en superficie ramo posterior del nervio braquial cutáneo interno.

ID 8 (Codo. Posterior).

Situación. Con el codo flexionado, se encuentra en la mitad del canal epitrocleeolecraniano.

Puntura. Se puntura perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significado terapéutico.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de boca-
algia dental 65%

Alteraciones del
psiquismo en general 65%

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones del oído 65%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de cuello 50%

.Zonales.

Algias de brazo 50%

Sustrato anatómico. Nervio cubital y arteria recurrente ulnar posterior, rama de la arteria cubital, anastomosándose con la colateral ulnar posterior, rama posterior de la colateral interna inferior de la arteria braquial.

ID 9 (Hombro. Posterior).

Situación. En la prolongación del pliegue axilar posterior, a 2 cm. de éste. Aproximadamente en la mitad del pliegue posterior del músculo deltoides.

Puntura. Perpendicularmente y con una profundidad de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de hombro 50%
Algias de brazo 50%

Sustrato anatómico. Paquete vásculonervioso subescapular o tóracodorsal, y en su trayecto: ramo cutáneo del hombro y ramita cutáneo-lateral del ramo dorsal del 2º nervio intercostal.

ID 10 (Hombro. Posterior).

Situación. En la vertical del pliegue posterior de la axila, por debajo del borde inferior de la espina del omóplato.

Puntura. Oblicuamente hacia fuera y abajo, introduciéndola de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de hombro 50%
Algias de brazo 50%

Sustrato anatómico. Paquete vásculonervioso

supraescapular, afectando la inserción escapular de la cápsula articular, relacionándose en su trayecto con: el nervio supraclavicular dorsal y ramas terminales del nervio cutáneo del hombro.

ID 11 (Dorso).

Situación. Se sitúa en el centro de la fosa infraespinoza, en la horizontal de la punta de la apófisis espinosa de la 4ª vértebra torácica.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de hombro 50%

Sustrato anatómico. Queda en el músculo infraespinozo, con arterias y nervios procedentes del paquete vasculonervioso supraescapular. Se relaciona superficialmente con los ramos cutáneos del 3er: nervio torácico dorsal y de la arteria circunfleja posterior.

ID 12 (Dorso).

Situación. En el centro de la fosa supraespinoza.

Puntura. Perpendicularmente o bien oblicua hacia abajo con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de hombro 50%

Sustrato anatómico. A través de la masa del músculo supraespinozo llega al paquete vasculonervioso supraespinozo; superficialmente, se relaciona con la rama del nervio supraclavicular dorsal y de la arteria cervical dorsal.

ID 13 (Dorso).

Situación. Se sitúa en la extremidad interna de la fosa supraespinosa, equidistante de la punta de la apófisis espinosa de la 2ª vértebra torácica y el pliegue axilar posterior.

Puntura. Perpendicular o bien oblicuamente siguiendo el borde espinal de la escápula, en ambos casos la aguja penetra de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de cuello	50%
Algias de hombro	50%

Sustrato anatómico. Ramas del nervio espinal y de la rama descendente de la arteria transversa del cuello. La aguja llega hasta el músculo supraespinoso con el paquete vásculonervioso supraespinoso. Relacionándose superficialmente con la rama cutánea del 1er. nervio dorsal y ramos cutáneos de la arteria cervical superficial.

ID 14 (Dorso).

Situación. Se encuentra en la vertical que pasa por el borde espinal de la escápula en su intersección con la horizontal a la punta de la apófisis espinosa de la 1ª vertebra torácica, a 6 cm. por fuera de la línea media.

Puntura. Ligeramente oblicua hacia abajo con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de hombro	50%
------------------------	-----

Sustrato anatómico. Nervio espinal anastomosándose con el plexo cervical. Nervio dorsal de la escápula y rama descendente de la arteria transversa del cuello. En superficie, ramos cutáneos dorsales del 8º nervio torácico y ramos de la arteria cervical superficial.

ID 15 (Dorso).

Situación. Se sitúa en la horizontal de la punta de la apófisis espinosa de la 7ª vértebra cervical, a 4 cm. de la línea media.

Puntura. Oblicuamente hacia abajo penetrando de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias de cuello 50%

Sustrato anatómico. Nervio dorsal de la escápula y arteria escapular descendente, y en su trayecto, filete cutáneo de la rama dorsal del 7º paquete vasculonervioso cervical.

ID 16 (Cuello. Antero-lateral).

Situación. Se sitúa sobre la horizontal a la prominencia laríngea del cartilago tiroideo, sobre el borde posterior del músculo esternocleidomastoideo, encontrándose a 7 cm. de la línea media.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de faringe-
amígdala 65%

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones de oído 80%

Afecciones algicas.

.Distales.

Algias de hombro 50%

.Zonales.

Algias de cuello 50%

Sustrato anatómico. Se sitúa en el punto de emergencia del plexo cervical y de la arteria cervical transversa superficial. Llega al ramo ventral de 4º nervio cervical y a la arteria cervical

ascendente.

ID 17 (Cuello. Antero-lateral).

Situación. Se coloca en la horizontal al ángulo de la mandíbula por delante del borde anterior del músculo esternocleidomastoideo.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones del oído 65%

Afecciones álgicas.

.Zonales.

Algias de cuello 50%

Sustrato anatómico. Arteria carótida externa y rama cervical del nervio facial, y en superficie ramas cutáneas del nervio auricular mayor.

ID 18 (Cara).

Situación. Bajo el borde inferior del hueso malar, colocándose en la vertical del ángulo externo del ojo, en la horizontal en la cual se encuentra el punto comentado anteriormente IG 20.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 0,5 a 1 cm., o bien oblicuamente hacia atrás y adentro penetrando la aguja de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Afecciones álgicas.

.Zonales.

Algias faciales 65%

Sustrato anatómico. Paquete vasculonerviosos bucal. En superficie, vena facial, rama de la arteria transversa y ramo bucal del nervio facial.

ID 19 (Cara).

Situación. Se encuentra en la región preauricular, en el hueco que se forma por delante del trago al abrir la boca.

Puntura. Perpendicularmente y ligeramente hacia abajo con una profundidad de 1 a 4 cm.

Significación terapéuticas.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones del oído 65%

Sustrato anatómico. Vasos temporales superficiales y nervio auriculo-temporal. En la masa de la glándula parótida, ramas del plexo facial.

6.e. Resumen del meridiano.

Se trata de un meridiano terapéuticamente visceral de faringe, boca y dientes, psiquismo y sentidos, especialmente en sus puntos distales del codo y menos en sus puntos locales de la cara. A lo largo de su recorrido de dedos a cara es un meridiano antiálgico local y zonal.

Su distribución se hace naciendo en los plexos profundos vegetativos abdominales, para relacionarse con la superficie a través del punto de tránsito E 12 y recorrer superficialmente toda la distancia de mano a cara, siguiendo un trayecto posterior en la mayor parte de su recorrido.

En su distribución incluye el ambiente vasculonerviosos de los sistemas escapulares y cervicales (posterior y profundo), colaterales del sistema subclavio, por

los que sitúa puntos propios en las regiones posteriores del hombro y posterolaterales del cuello, distorsionando un poco así su recorrido.

Las acciones que este meridiano tiene sobre el ojo desde puntos distales, se explican a través del plexo pericarotideo y perioftálmico.

7. MERIDIANO VEJIGA (TSU TAL YANG)

7.a. Definición y características tradicionales.

El meridiano vejiga es un largo meridiano yang de abajo que acaba arriba; se describe de la cabeza a los pies.

Su origen real está en el calentador inferior sobre el plexo hipogástrico aunque se prolongue hacia arriba por los plexos mesentéricos inferior y aórtico. Se habla de su importante función como regulador de la micción, de la vejiga como reservorio y de los órganos genitales con su energía y sus funciones.

Otra vez viene la dificultad si se pretende deducir de lo antes dicho su significado terapéutico. A pesar de ser un meridiano representante de vejiga y genitales, sólo un punto de su recorrido (V 28) es significativo para las enfermedades de los órganos genitales. No exis-

te correspondencia entre los criterios energéticos y terapéuticos, como tantas veces ocurre.

Es un meridiano influyente por su largo recorrido que le permite cruzar, además de algún área génitourinaria, otras broncopulmonares, cardiocirculatorias, hepatogástricas, intestinales, y, por supuesto, áreas algicas locales y segmentarias.

Bajo el punto de vista anatómico el meridiano tiene un recorrido que podríamos llamar mixto porque en la pierna, e incluso en la cabeza, se le ve seguir recorridos de importantes paquetes vásculonerviosos, sin embargo, en el tronco sigue un recorrido de meridiano geográfico, puramente artificial y va puenteando muchos puntos de emergencia de paquetes vásculonerviosos segmentarios, en este caso de sus ramas dorsales; lo curioso es que al dividirse estos paquetes posteriores en dos ramas que afloran a la superficie pasando por dentro y por fuera de la masa muscular de los canales vertebrales, se describen también para el meridiano dos trayectos verticales, paralelos y con gran semejanza ya que responden a un criterio anatómico casi idéntico.

Dispone de 67 puntos. Sus puntos Shu antiguos son: Ting, V 67; Yung, V 66; Yu, V 65; Iunn, V 64; King, V 60; Ho, V 54. Su punto Lo es el V 58; el de Asentimiento es el V 28; y el Heraldo, JM 3. Su meridiano acoplado es

el meridiano riñón. Su máximo de energía se encuentra de las 15 a 17 horas. En el círculo energético, el meridiano intestino delgado (de 13 a 15 horas) es el anterior; es posterior el meridiano riñón (de 17 a 19 horas); y es opuesto el meridiano pulmón (de 3 a 5 horas).

7.b. Recorrido y correspondencia anatómica.

Nace en el ángulo interno del ojo (V 1) conectando con el extremo interno de la ceja, sube haciendo un pequeño escalón colocando dos puntos a idéntico nivel transversal (V 3 y V 4) y rodea la cabeza (V 5 a V 9, éste en el borde superior de la protuberancia occipital externa). Desciende colocando un punto en el límite superior del cuello (V 10) desde donde el meridiano se bifurca hacia abajo siguiendo dos líneas estrictamente paralelas en el dorso hasta el miembro inferior.

En la cabeza va pasando por todos los territorios arteriales de las arterias cefálicas (frontales, temporales superficiales, auriculares y occipitales) así como ramificaciones nerviosas (nervios frontales y supraorbitarios del frontal, auriculotemporal y occipitales mayor y menor). De modo que su trayecto cefálico no tiene una correspondencia de trayecto anatómico sino que realiza un trayecto práctico de conexión de vasos y nervios con un resultado extraordinariamente efectivo bajo el punto

de vista de la estimulación local terapéutica.

De los dos trayectos longitudinales que tiene a partir del cuello, la rama interna paravertebral sitúa 25 puntos, 10 en el dorso (V 11 a V 20), 6 en la región lumbar (V 21 a V 26) y 9 en la región sacrocoxígea (V 27 a V 35). Estos últimos puntos hacen un curioso recorrido en "N" tras los agujeros sacros posteriores hasta el cóccix.

Llegado a este punto, se debe dejar aquí el recorrido interno y volver al punto superior de bifurcación para seguir el nuevo recorrido descendente externo. Nace en el cuello (V 10) y va situando sus puntos en posición paralela a los del recorrido anterior hasta la región lumbar; hasta la 2ª vértebra lumbar se localizan en este trayecto 12 puntos (V 36 a V 47). Sigue por la región glútea (V 48 y V 49) hasta el pliegue glúteo (V 50), y con un único punto en el muslo (V 51), llega a la interlínea articular de la rodilla (V 52) haciendo un pequeño zigzag (V 53), hasta colocarse en el centro del pliegue poplíteo (V 54) hasta donde desciende el primer trayecto que dejamos interrumpido en el V 36.

El meridiano sigue la línea dorsal de la pierna (V 55, V 56 y V 57), salva el tendón de Aquiles desviándose un poco hacia fuera (V 58 y V 59) para cruzar posterolateralmente el tobillo (V 60) y por el borde externo del

pie (V 63 a V 66) terminar en el extremo ungueal externo del 5º dedo (V 67).

En el miembro inferior, al caminar por la región posterior, va buscando de arriba abajo puntos de salida en el muslo del nervio ciático mayor y de la arteria glútea caudal, y arterias perforantes de la femoral en su aparición por detrás; la profundidad de las agujas (hasta 6 cm.) indica que han de rebasar el espesor de los músculos flexores de la rodilla, y la preponderancia de los elementos nerviosos sobre los arteriales en esta zona explica que sean puntos álgicos, locales y de espalda, y, por supuesto, indicados también en parálisis y contracturas de los músculos de la región. Pasa después, en su descenso, al paquete vásculonervioso peroneo, y, en el pie, se sitúa encima del paquete plantar interno, seguido del colateral externo del 5º dedo. La profundización de los puntos en el dorso de la pierna es también importante sobre la zona de los gemelos.

7.c. Zonas anatómicas de tránsito, áreas reflejas tradicionales y otras ramas de conexión.

7.c.1. Zonas anatómicas de tránsito.

Su zona anatómica de tránsito se atribuye al ano por ser un orificio natural, propicio y próximo al

trayecto del meridiano. Su punto de tránsito es el TM 1, situado en una zona yang como es el borde posterior del ano. Existe una conexión de profundización-emergencia desde su punto más próximo, V 50, al citado TM 1.

Esta relación nos puede equivocar o distraer del "verdadero" punto de tránsito entre el trayecto externo y el profundo. Efectivamente, si sus puntos Shu antiguos, con sus importantes influencias terapéuticas, se sitúan sobre los vasos del miembro inferior, la continuidad de su envoltura vegetativa con la profundidad, donde están los grandes centros vegetativos troncales, se ha de hacer necesariamente por el trayecto femoroiliaco, representado en el E 30, el "verdadero" punto de tránsito del meridiano vejiga.

En el cuello, el meridiano vejiga se encuentra distante de la zona anatómica de tránsito, hueco supraclavicular. Por ello, emplea una zona propia, V 10, donde la superficie corporal cambia de consistencia, y la superficie ósea propicia una "vía de paso" al interior.

7.c.2. Areas reflejas tradicionales.

A lo largo de su amplio recorrido superficial atraviesa las siguientes áreas reflejas tradicionales. En el dorso, transcurre por el área refleja de riñón, a la que contribuye con su punto V 23. Igualmente, recorre en la zona lumbosacra el área refleja de las algias lumbares,

donde deja los puntos V 31 - V 32 - V 33 - V 34. En la parte superior de la espalda forma parte de las áreas reflejas de las algias de hombro (V 36), y de las algias de cuello (V 10).

En la cabeza, dibuja parte del área refleja del ojo con sus puntos V 1 - V 2.

7.c.3. Conexiones de referencia terapéutica.

Este meridiano se incorpora al recorrido energético facial por dos vías. Una superior que parte de su punto frontal V 3 y se incorpora al círculo facial por el área de ojo. Desde su punto V 1 desciende verticalmente hacia la comisura bucal, conectando así con el área refleja de nariz-senos paranasales y con la de boca-algia dental.

Igualmente, desde el área de ojo se desliza hacia la fosa temporal donde recorre el área refleja de las algias de cabeza. Desde aquella fosa desciende al área preauricular, refleja de oído, donde finaliza.

Una segunda vía sería la vía corta que puede emplear todo meridiano. Desde la profundidad, a través del punto de tránsito E 12 y del recorrido cervical del meridiano estómago, alcanza el ángulo de la mandíbula. Desde aquí, siguiendo la rama ascendente mandibular, conectaría con el área refleja de las algias cefálicas, a través de la de oído. Con el mismo origen y continuando el cuerpo del maxilar inferior, alcanzaría la comisura labial enlazan-

do, de esta forma, con las áreas de boca-algia dental y de nariz-senos paranasales.

En la parte superior de la cabeza, se describe la unión del punto V 8 con el vecino TM 20, área refleja del psiquismo.

7.c.4. Conexiones tradicionales energéticas.

- Conexiones de acoplamiento energético.

Desde su punto Lo V 58 (situado en el borde externo del tendón de Aquiles, a 14 cm. del maleolo peroneo), desciende, contorneando la mitad distal de la pierna, una rama hacia la zona interna del tobillo, donde se encuentra el punto Iunn de su meridiano acoplado, R 3. Esta unión es la conexión de acoplamiento energético del meridiano vejiga.

Al punto V 64 (punto Iunn), situado en el borde externo del pie, le llega una conexión del punto Lo del meridiano riñón, R 4, colocado en la parte interna del tobillo.

- Conexiones del círculo energético.

Su punto final, V 67 (ángulo ungueal externo del 5º dedo), se encuentra unido al punto inicial del siguiente meridiano del círculo, meridiano riñón, R 1 (en el tercio anterior de la planta del pie).

Su punto inicial, V 1, se enlaza en el territorio

facial con el punto ID 18, próximo del meridiano precedente del círculo energético.

7.d. Áreas acupunturales representativas y puntos significativos.

7.d.1. Áreas acupunturales representativas.

Como en los anteriores meridianos, ofrecemos las áreas representativas recorridas por el trayecto superficial de este meridiano en las tablas 30 y 31.

7.d.2. Puntos significativos.

V 1 (Cara).

Situación. Se sitúa a 2 mm. por encima y detrás del canthus interno del ojo, de la comisura interna de los párpados.

Puntura. Se introduce la aguja siguiendo la pared interna de la órbita con una profundidad de 0,5 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares 80%

Sustrato anatómico. Anastomosis de la arteria nasofrontal y arteria angular. Nervio infratroclear.

V 2 (Cara).

Situación. Se encuentra en el reborde orbitario a nivel de la extremidad interna de la ceja, inmediatamente por encima del canthus interno del ojo.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 0,6 a 1 cm.; oblicua hacia abajo con una

profundidad de 1 a 2 cm., o bien hacia el centro de la ceja penetrando la aguja de 2 a 3 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares 80%

Afecciones algicas.

.Zonales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Ramo frontal de la arteria nasofrontal, rama terminal de la arteria oftálmica, o bien la anastomosis de esta arteria con la angular, cuando se puntura hacia abajo. Nervio frontal interno, o el nervio infratroclear con la anastomosis con el nervio frontal, cuando se puntura hacia abajo.

V 3 (Cabeza).

Situación. Se encuentra en la vertical del canthus interno del ojo, a 7 cm. por encima de la glabella.

Puntura. Oblicuamente con una profundidad de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de nariz-
senos paranasales..... 65%

Alteraciones algicas.

.Zonales.

Algias cefálicas 80%

Sustrato anatómico. Arteria frontal interna y rama interna del nervio frontal.

V 4 (Cabeza).

Situación. Se encuentra por fuera y en la horizontal al anteriormente descrito V 3, y a 3 cm. de la línea media.

Puntura. Oblicuamente con una profundidad de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de nariz-
senos paranasales..... 65%

Alteraciones algicas.

Zonales.

Algias cefálicas 80%

Sustrato anatómico. Arteria frontal interna, rama de la arteria oftálmica, y ramo interno del nervio frontal.

V 5 (Cabeza).

Situación. Se encuentra en la horizontal al punto medio situado a 8 cm. por encima de la glabella, y a 3 cm. de la línea media

Puntura. Oblicuamente de 0,6 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones del

psiquismo en general 80%

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares 65%

Alteraciones algicas.

Zonales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Arteria frontal interna y nervio frontal interno.

V 6 (Cabeza).

Situación. Se encuentra en la línea parasagital a 3 cm. del eje central y a 11 cm. por encima de la glabella.

Puntura. Oblicuamente con una profundidad de 0,5 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de nariz-
senos paranasales..... 65%

Alteraciones algicas.

Zonales.

Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Arteria temporal superficial y nervio frontal interno.

V 7 (Cabeza).

Situación. Se encuentra en la intersección de una línea parasagital a 3 cm. de la línea media, con una horizontal a 2 cm. por delante del vértex cefálico.

Puntura. Tangencialmente de delante hacia atrás con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones de nariz-
senos paranasales..... 80%

Sustrato anatómico. Arteria temporal superficial y nervio auriculotemporal.

V 8 (Cabeza).

Situación. En la intersección de una línea vertical situada a 3 cm. de la línea media, con una horizontal a 1 cm. por detrás de la línea que une los vértices de los pabellones auriculares.

Puntura. Oblicuamente con una profundidad de 0,6 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones del

psiquismo en general 65%

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares	65%
Afecciones del oído	65%

Sustrato anatómico. Anastomosis de la arteria temporal superficial con la arteria occipital. Nervio occipital mayor.

V 9 (Cabeza).

Situación. En la horizontal que pasa por el borde superior de la protuberancia occipital externa, a 2,6 cm. de la línea media.

Puntura. Oblicua con una profundidad de 0,6 a 1 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares	80%
---------------------------	-----

Alteraciones álgicas.

.Zonales.

Algias cefálicas	65%
------------------------	-----

Sustrato anatómico. Arteria occipital y ramas del nervio occipital mayor.

V 10 (Cuello. Posterior).

Situación. Está colocado en la horizontal al límite inferior de la tuberosidad posterior del atlas, a 3 cm. por fuera de la línea media, situándose sobre el borde lateral del músculo trapecio a nivel de la línea de implantación de los cabello.

Puntura. Perpendicular con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones del

psiquismo en general	65%
----------------------------	-----

Alteraciones álgicas.

.Zonales.

Algias de cuello	80%
------------------------	-----

Sustrato anatómico. Nervio occipital mayor y arteria occipital, rama de la arteria carótida externa, superficialmente relacionado con filetes cutáneos de la rama dorsal del 3er. paquete vasculonervioso cervical.

V 11 (Dorso).

Situación. Se encuentra en la horizontal de la punta de la apófisis espinosa de la 1ª vértebra torácica a 3 cm. de la línea media, situándose sobre el 1er. espacio intercostal.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones bronco-
pulmonares 80%

Sustrato anatómico. Rama dorsal del paquete vasculonervioso 1º torácico, y superficialmente ramos cutáneos del paquete vasculonervioso 8º dorsal cervical.

V 12 (Dorso).

Situación. Se encuentra en la proyección del 2º espacio intercostal sobre la horizontal que pasa por la punta de la apófisis espinosa de la 2ª vértebra torácica, a 3 cm. por fuera de la línea media.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm., o bien oblicua y subcutáneamente de arriba hacia abajo, en este caso la aguja penetra de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones bronco-
pulmonares 80%

Sustrato anatómico. Paquete vasculonervioso dorsal 2º torácico, relacionándose superficialmente con el ramo cutáneo dorsal del paquete vasculoner-

vioso 12 torácico dorsal.

V 13 (Dorso).

Situación. Se encuentra en la horizontal a la punta de la apófisis espinosas de la 3ª vértebra torácica, a 3 cm. de la línea media.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm., o bien oblicuamente de arriba hacia abajo penetrando la aguja de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones bronco-
pulmonares 65%

Alteraciones álgicas.

Zonales.

Algias de espalda 80%
Algias lumbares 50%

Sustrato anatómico. Paquete vásulonervioso 3ª torácico dorsal, superficialmente ramos cutáneos del 2º nervio torácico dorsal.

V 14 (Dorso).

Situación. En la horizontal que pasa por la punta de la apófisis espinosa de la 4ª vértebra torácica, a 3 cm. de la línea media.

Puntura. Se puede introducir la aguja perpendicularmente con una profundidad de 0,5 a 1 cm., o bien con dirección oblicua penetrando de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones cardio-
circulatorias 65%

Sustrato anatómico. Paquete vásulonervioso 5ª torácico dorsal, y se relaciona superficialmente con ramos cutáneos del paquete vásulonervioso 3ª torácico dorsal.

V 15 (Dorso).

Situación. Se sitúa en la horizontal a la punta de la apófisis espinoidea de la 5ª vértebra torácica, a 3 cm. de la línea media.

Puntura. De igual forma que el punto V 14.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones cardio-
circulatorias 65%

**Alteraciones del
psiquismo en general 80%**

Sustrato anatómico. En profundidad, paquete vasculonervioso 6º torácico dorsal, y se relaciona superficialmente con la rama cutánea del 4º paquete vasculonervioso torácico dorsal.

V 17 (Dorso).

Situación. Se encuentra en la proyección del 8º espacio intercostal, en la horizontal a la punta de la apófisis espinosa de la 7ª vértebra torácica, y a 3 cm. de la línea media.

Puntura. Se introduce perpendicularmente con una profundidad de 1 a 2 cm., o, también, con una dirección oblicua hacia abajo penetrando la aguja de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones cardio-
circulatorias 65%
Afecciones gástricas 65%

Alteraciones algicas.

. Distales.
Algias cefálicas 65%

Sustrato anatómico. Paquete vasculonervioso 8º torácico dorsal, relacionándose en superficie con ramos cutáneos del 6º paquete vasculonervioso torácico dorsal.

V 18 (Dorso).

Sustrato anatómico. Se sitúa en la proyección del 10º espacio intercostal, en la horizontal a la punta de la apófisis espinosa 9ª vértebra torácica, y a 3 cm. de la línea media.

Puntura. De igual forma del punto V 17.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas 65%
Afecciones hepáticas 65%

Alteraciones de los sentidos.

Afecciones oculares 65%

Sustrato anatómico. Paquete vásculonervioso 10º torácico dorsal, y en superficie ramo cutáneo del 7º paquete vásculonervioso torácico dorsal.

V 19 (Dorso).

Situación. Sobre la proyección del 10º espacio intercostal en la horizontal a la punta de la apófisis espinosa de la 10ª vértebra dorsal, a 3 cm. de la línea media.

Puntura. De igual forma que el punto V 18.

Significación terapéuticas.

Alteraciones viscerales.

Afecciones hepáticas 65%

Sustrato anatómico. Paquete vásculonervioso 10º torácico dorsal, y en superficie rama cutánea del 9º paquete vásculonervioso torácico dorsal.

V 20 (Dorso).

Situación. Se encuentra en la horizontal a la punta de la apófisis espinosa de la 11ª vértebra torácica, sobre el 11º espacio intercostal y a 3 cm. de la línea media.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad

de 0,5 a 2 cm., o bien oblicua con dirección hacia abajo penetrando la aguja de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas 65%

Sustrato anatómico. Paquete vasculonervioso 11º torácico dorsal, y en superficie ramo cutáneo del 9º paquete vasculonervioso torácico dorsal.

V 21 (Dorso).

Situación. Se sitúa en la horizontal a la punta de la apófisis espinosa de la 12ª vértebra torácica, por debajo de la 12ª costilla y a 3 cm. de la línea media.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 0,5 a 1,5 cm., o bien oblicuamente hacia abajo con una profundidad de 2 a 4 cm.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas 80%

Afecciones del
intestino delgado..... 80%

Sustrato anatómico. Paquete vasculonervioso 12º torácico dorsal, y en superficie ramo cutáneo del 9º paquete vasculonervioso torácico dorsal.

V 22 (Dorso).

Situación. Se encuentra en la horizontal de la extremidad inferior de la apófisis espinosa de la 1ª vértebra lumbar, a 3 cm. de la línea media.

Puntura. Perpendicularmente con una profundidad de 1 a 3 cm. dirigiéndose la aguja hacia la apófisis transversa de la vértebra subyacente.

Significación terapéutica.

Alteraciones viscerales.

Afecciones gástricas 65%