

## TERAPIA NEURAL Y ODONTOLOGIA NEUROFOCAL

**Autor:** Msc. Dr. Jorge Pedro Gómez García, Especialista de II Grado en Estomatología General Integral y en Medicina Natural y Tradicional, Máster En Medicina Natural Y Bioenergética, Profesor Auxiliar. Universidad Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárata Ruiz”. Santa Clara Villa Clara. Dirección: Avenida Sandino Edificio 12 Planta No 3J, teléfono: 215031. Correo electrónico: jorgegg@ucm.sld.cu.

### RESUMEN

Podríamos definir el término Toxicosis focal o Campo de interferencia, como una serie de alteraciones a nivel del sistema básico de Pischinger (Ground system), histológicamente demostrables, que producen perturbaciones funcionales sobre el sistema nervioso y que llevan con el tiempo a la instauración de lesiones orgánicas definidas. Se realizó una revisión bibliográfica de 25 referencias, para establecer la relación entre los campos de interferencia en la cavidad bucal del resto del organismo para constatar la efectividad del tratamiento con un neuroterapéutico a través del empleo de la Terapia Neural y la Odontología Neurofocal. Se contempla la aplicación de la lidocaína al 0.5% en los campos de interferencia de la cavidad bucal y en los puntos de acupunturas relacionados con las distintas enfermedades, tales como Cialgia, sacrolumbalgia, dolor de hombro, dolor de cuello, de rodilla, infertilidad masculina y femenina trastornos mamarios hemorroides, dolor de codo trastornos menstruales disfunción de la ATM etc., durante varias secciones constatándose una evolución satisfactoria reflejada en historias clínicas de Medicina Natural y Tradicional.

**Palabras clave:** Odontología Neurofocal, Terapia Neural, Campos de interferencias.

### INTRODUCCIÓN

El concepto de Odontología Neurofocal es de procedencia Alemana. Surge en el año 1958 como propuesta del médico y odontólogo alemán Doctor Ernest Adler de la

Sociedad Médica Alemana de Investigación Focal de Regulación en la ciudad de Karlsruhe (Alemania), queriendo involucrar dentro del término el suceso neural y el suceso focal. La Odontología Neurofocal se ha considerado como una terapéutica hija de la terapia neural cuyo principio rector es el campo de interferencia o campo de irritación.

Actualmente la odontología tiende a considerar las enfermedades de la cavidad oral como alteraciones locales de origen exclusivamente externo, más no como una manifestación relacionada con desórdenes sistémicos.<sup>1</sup>

La odontología neurofocal hace referencia al ejercicio de la odontología de una manera más amplia e integral, proceso en el cual se considera la cavidad oral, no de una manera aislada, sino en razón de la totalidad del ser.<sup>1,2</sup> Esta consideración se encuentra enmarcada bajo "la teoría de sistemas", en donde la parte sólo es válida integrada al todo.<sup>2</sup> Existen una serie de circunstancias en la cavidad oral denominadas focos o campos de interferencia, los cuales pueden comportarse como el punto de partida o factor desencadenante de una enfermedad.<sup>2-3</sup> Esta relación se manifiesta en un doble sentido, ya que a su vez existen muchas enfermedades sistémicas, que se expresan de diferentes maneras en la cavidad oral o simplemente estamos colocando constantemente factores de sobrecarga en la boca de nuestros pacientes.<sup>3</sup>

Vemos como a través de la historia se vienen dando cambios profundos desde la perspectiva mecanicista de Descartes, de Newton, de Galileo, de Copérnico, hacia una visión ecológica y holística que habla de interdependencia entre todos los fenómenos.<sup>4</sup> Al revisar la historia de la civilización nos encontramos con manifestaciones al respecto desde tempranas épocas de la civilización.

Las relaciones entre los dientes y las demás partes del organismo, no corresponde a una concepción moderna de la odontología, puesto que son numerosas las manifestaciones que se han evidenciado a lo largo de la historia de la humanidad.

Así mismo, trasladándonos a la actualidad vemos cómo se desarrollan estudios científicos, los cuales nos permiten ver la importancia de no centrarnos en la parte.<sup>4</sup>

Como parte de la terminología novedosa empleada en la práctica odontológica, se maneja la denominación de campo interferente como cualquier elemento que altere el flujo normal de la información a través del sistema básico de Pishinger que es el mismo

tejido colágeno. Este es de vital importancia ya que en el sistema básico se realizan una variedad de funciones como es el intercambio iónico entre la matriz o sistema básico y la célula, el transporte energético, lisis de bacterias, conducción del impulso energético, mecanismos humorales, procesos metabólicos, etc. <sup>5,6</sup>

La Terapia Neural puede resultar extremadamente eficaz para cualquier persona, incluidos niños lactantes y mujeres embarazadas. No obstante, deben evitarse las inyecciones profundas en las personas con problemas de coagulación. <sup>6,7</sup>

El origen de los anestésicos locales es la cocaína la cual fue descubierta en Sur América por científicos Alemanes durante 1850. A finales del siglo XIX se descubrió, de manera casual, que la cocaína, tenía propiedades anestésicas. Esta sustancia abunda en las hojas de la coca (*Erythroxylon coca*). Durante siglos los nativos de los andes habían mascado un extracto alcalino de estas hojas, por sus acciones estimulantes y eufóricas. Andean Niemann fue el primero en aislar, en 1860, este fármaco, este investigador al igual que muchos químicos de esa época, saborearon su compuesto recién aislado y observaron que producía adormecimiento de la lengua. Sigmund Freud estudio las acciones fisiológicas de la cocaína, y Carl Koller <sup>2</sup> la introdujo en el ejercicio clínico en 1884 como anestésico tópico para operaciones oftalmológicas. Poco después, Halstead popularizo su uso para la anestesia por infiltración y bloqueo de conducción<sup>1</sup>. La toxicidad de la cocaína condujo al desarrollo del primer anestésico local sintético la Procaína (2-dietil-4-aminoetil-para amino benzoato) por Alfred Einhorn en 1905. Este anestésico local tipo ester es notablemente menos tóxico que la cocaína<sup>8</sup>

Los objetivos del trabajo fueron destacar la importancia de la Terapia Neural y la Odontología Neurofocal, definir los campos de interferencia y enfatizar sobre la efectividad del neuroterapeutico en este tratamiento de terapia neural y odontología Neurofocal.

## **ANÁLISIS E INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La Terapia Neural es una terapia biorreguladora a través de un principio de estímulo y reacción. El estímulo es una pequeña aplicación de un anestésico local llamado procaína y lidocaína, que se coloca en diluciones bajas y en micro dosis en puntos específicos, prácticamente no hay efecto anestésico en esta aplicación, pero sí un efecto terapéutico que se mantiene en el tiempo.

La Odontología Neurofocal: establece la relación entre los dientes y sus tejidos, con diversos órganos y sus funciones en cualquier lugar de nuestro organismo, identificando patologías a distancia, derivadas de focos o campos de interferencia. Sin embargo, la Odontología es una sola, lo único que cambia es la forma de tratar la enfermedad y como diagnosticarla, teniendo muy presente su incidencia en todo nuestro ser. <sup>9</sup>

### **Toxicosis Focal o Campo de interferencia:**

Distintos términos han sido adoptados para definir esta situación; el concepto de campo perturbador (“storungfeld”), del alemán, indica su carácter activo, desde el punto de vista funcional... En español se han adoptado términos como: zona reactogena, centro de irritación, o el más aceptado Campo de interferencia.

Podríamos definir el término Toxicosis focal o Campo de interferencia, como una serie de alteraciones a nivel del sistema básico de Pischinger (Ground system), histológicamente demostrables, que producen perturbaciones funcionales sobre el sistema nervioso y que llevan con el tiempo a la instauración de lesiones orgánicas definidas.<sup>10</sup>

El Sistema Nervioso es una poderosa red de información que llega a todas y cada una de las células de nuestro organismo siendo su comunicación por la matriz celular o sistema básico que dio a conocer Pischinger, esta debe hacer pensar que además de las comunicaciones propias de las vías nerviosas, la información se produce también a través de dicha matriz, por lo que cualquier irritación que altere sus propiedades en un punto, está repercutiendo en cualquier otra zona a distancia del cuerpo, donde haya una predisposición.

En Terapia Neural esta irritación que se manifiesta con cualquier tipo de sintomatología en zonas lejanas a su origen es el principio de una espina irritativa o campo interferente y la patología de la que hablamos es un buen ejemplo de ello. La neutralización de los estímulos irritativos se realiza inyectando un anestésico en baja concentración en las zonas donde el Sistema Nervioso vegetativo ha sufrido la lesión, y que alteran el intercambio de información normal, y de esta manera, que sea el propio organismo el que produzca su propia autoregulación.<sup>11, 12,13</sup>

La **procaína** pertenece al grupo de los ésteres y la **lidocaína** al grupo amida, ambos con efectos anestésicos muy parecidos pero con rutas de metabolismo y eliminación

diferentes. La procaína se metaboliza por la acción de la enzima pseudocolinesterasa - presente en el hígado y en el plasma- en ácido-p-aminobenzoico (PABA) y en dietil-aminoetanol.

Propiedades fisicoquímicas y mecanismo de acción de la procaína.

La procaína es una sustancia química de la familia de los ésteres con un peso molecular base de 236 gr/mol con una pKa a 25°C de 9.05, un cociente de partición de 0.02, 5.8 % de unión a proteína. Como propiedades biológicas se la calcula una concentración equiefectiva del anestésico de 2 una duración aproximada de 50 minutos y metabolizada en plasma sanguíneo. <sup>14</sup>

Además de anestésico local y efecto vasodilatador la procaína inhibe la formación de eritrocitos falciformes y mejora la filtrabilidad de los eritrocitos (efecto reostático), desplaza el calcio asociado a la membrana <sup>15</sup>. Usualmente los anestésicos locales primero actúan y después se absorben, la rata de absorción y en consecuencia la toxicidad, es proporcional a la irrigación sanguínea del sitio de inyección: el orden decreciente es: venosa, traqueal, intercostal, caudal, paracervical, peridural, plexo braquial, subcutáneo<sup>16</sup> La procaína al 2 % tiene un inicio lento de acción, duración usual 30-60 minutos. Dosis máxima recomendada 1 gr en aplicación única para bloqueo. La procaína es poco usada en el presente para bloqueos de nervios periféricos o extradurales por su baja potencia y relativa corta duración de acción en comparación con anestésicos locales más recientemente.

Aunque el potencial de reacciones de toxicidad sistémica es muy pequeño con la procaína, este agente puede causar reacciones de tipo alérgico<sup>17</sup>. Por lo que en la actualidad su uso se limita a procedimientos odontológicos, en una concentración al 2% adicionada con epinefrina o no, y en concentraciones de 1 a 0.5% como neuralterapéutico adicionada con bicarbonato de sodio 2%. Ocasionalmente se utiliza en anestesia para infiltración con fines diagnósticos.

Aparecen reportes periódicos de reacciones alérgicas, hipersensibilidad, o respuesta anafiláctica a los anestésicos locales<sup>18,19</sup>. Desafortunadamente, las reacciones de toxicidad sistémica a los anestésicos locales son frecuentemente diagnosticadas de forma errónea como alergias o reacciones de hipersensibilidad.

Un estudio prospectivo realizado por odontólogos de la asociación Odontológica del Uruguay en 5018 pacientes que recibieron anestesia para procedimientos odontológicos con diversos anestésicos locales 104 de ellos con procaína, mostro que la mayoría de las reacciones adversas (88%) son de causa “psicógena” <sup>20</sup>.

### **Neuroterapéuticos**

Se discute mucho acerca de si es mejor la procaína o la lidocaína como fármacos neuroterapéuticos. Desde nuestro punto de vista, la acción no depende de cuál de los dos fármacos se emplee, sino del criterio de su aplicación. De hecho, en la práctica clínica los resultados son similares.

### **Perfil farmacológico**

El perfil farmacológico se refiere a las características Los anestésicos locales bloquean la conducción nerviosa al unirse de forma reversible con el receptor D4-S6 parte de la sub-unidad alfa del canal de Na voltaje dependiente en la membrana del nervio. Este sitio de acción es intracelular, requiriendo la difusión del anestésico local a través de lipoproteínas lipofílicas de la membrana. Los anestésicos locales se administran en soluciones ácidas que mantienen la mayoría del medicamento en forma soluble ionizada. Una vez inyectada en el tejido se neutraliza con el fin de entrar en la célula nerviosa, la proporción del fármaco que se neutraliza dependerá del pKa del anestésico local, y el pH del tejido.

Una vez en el interior de la célula el pH inferior intracelular regenera la forma ionizada la cual bloquea el receptor dentro de los canales de sodio, se reduce la afluencia de sodio y se reduce el incremento lento en el potencial de membrana si un número suficiente de canales de sodio están bloqueados el potencial umbral no se alcanzara y la conducción se detiene.<sup>21,22,23,24</sup> El umbral y el potencial de acción siguen siendo los mismos pero el potencial de acción es temporalmente detenido. Además de la acción del anestésico ionizado en la parte intracelular de la membrana el anestésico local no ionizado también perturba el intercambio iónico por el canal. La acción del anestésico local se incrementa por el bloqueo de los canales de calcio y receptores acoplados a proteína G. El grado de bloqueo de la fibra depende del diámetro de la misma. La afinidad del canal de Na con el anestésico local depende de los cambios estructurales y de conformación del

mismo de tal forma que el sitio de unión se puede mostrar o tornarse oscuro para el ligando dependiendo si el canal está abierto o cerrado estando activado o inactivo<sup>25</sup>.

Por lo expuesto hasta aquí queda claro que la farmacología convencional no se aproxima a la explicación de la respuesta fisiológica desencadenada por la colocación de la procaína en pápulas de Terapia Neural, por ello es necesario explorar un mecanismo de acción una forma de interacción diferente. El problema que se plantea es establecer un modelo experimental que permita realizar mediciones de fenómenos eléctricos que muestren los cambios fisiológicos generados por la procaína en células vivas, como el eritrocito, inicialmente in vitro y a partir de estas mediciones revisar los cambios adaptativos del eritrocito y, dado las concentraciones propuestas (Las utilizadas en Terapia Neural), no dependientes de la concentración de la solución. Recordando el trabajo de Edward Lorenz, Matemático y Meteorólogo del Instituto de Tecnología de Masschusetts en Estados Unidos, quien al tratar de establecer una ecuación matemática compleja que permitiera establecer una predicción meteorológica del clima en el tiempo con un alto porcentaje de acierto, detecto que las simulaciones eran muy diferentes para condiciones iniciales muy próximas. Es decir pequeños cambios en las condiciones iniciales de un sistema termodinámicamente abierto generan alteraciones muy significativas luego de multitud de procesos asociados, dando origen a la teoría del caos determinista.

**Tóxicos focal o campo de interferencia** Distintos términos han sido adoptados para definir esta situación; el concepto de campo perturbador (“storungfeld”), del alemán, indica su carácter activo, desde el punto de vista funcional... En español se han adoptado términos como: zona reactogena, centro de irritación, o el más aceptado Campo de interferencia.

Podríamos definir el término Toxicosis focal o Campo de interferencia, como una serie de alteraciones a nivel del sistema básico de Pischinger (Ground system), histológicamente demostrables, que producen perturbaciones funcionales sobre el sistema nervioso y que llevan con el tiempo a la instauración de lesiones orgánicas definidas.

Es determinante diferenciar los conceptos de campo de interferencia y foco.

El término campo de interferencia nos habla principalmente de su carácter dinámico perturbador sobre el sistema nervioso, del cual podemos considerar dos modalidades:

a) Campo de interferencia simple, que existe, pero no genera ninguna clase de efecto cibernético (interferente) sobre el sistema nervioso.

b) Campo de interferencia activo, aquel que está desencadenando perturbaciones que llevan a efectos funcionales y estructurales.

El término Foco. Lo dejaremos principalmente para definir aquellos procesos de origen bacteriano, que generan sus efectos básicamente como consecuencia de la diseminación de gérmenes y sus toxinas.**Foco Infeccioso** Se produce una reacción de defensa local y general.

Si la defensa es insuficiente produce una enfermedad general por acción a distancia.

Se producen modificaciones patológicas local donde se interesa el tejido conjuntivo laxo, con presencia de bacteria y productos tóxicos

Campo Perturbador<sup>1</sup>. Produce cambio de la estructura fisiológica.

2. Actúa como centro irritativo sobre otras estructuras orgánicas.<sup>3</sup>. No es necesariamente un foco infeccioso.<sup>4</sup>. Un foco puede ser un campo interferencia.

5. Un campo de interferencia no tiene que ser un foco.

6. Tanto el foco como el campo de perturbador pueden estar mudos e inactivos.

7. Pueden entrar en acción cuando la resistencia local o general del cuerpo se debilita. Las principales causas en la generación de toxicosis focales son: A)

Traumatismos con o sin cicatriz. B) Procesos inflamatorios inadecuadamente resueltos.

C) Cuerpos extraños inabsorbibles, donde posiblemente sea la odontología la mayor generadora de interferencias.

D) Procesos celulares degenerativos, donde las alteraciones histoquímicas de los tejidos, los haga parecer como "extraños".

Debido a sobrecargas secundarias (Dieta, intoxicaciones medio ambientales, stress, etc.), el campo de interferencia puede aumentar, afectando áreas más extensas, de manera difusa, lo cual produce a nivel de los segmentos circulatorios ahora afectados, una importante alteración funcional que afectará el estado químico-celular, es la nutrición y detoxicación se verán sensiblemente alteradas.

Las principales causas secundarias que disparan, activan o aumentan la capacidad patogénica de una toxicosis focal son: a) Merma de las defensas de cualquier etiología.

b) Stress severo

c) Fallas dietéticas

d) Alteraciones climáticas

e) Menstruación

f) Menopausia y Climaterio

g) Stress psíquico

Varios factores deben tenerse en cuenta para el análisis de la evolución de una toxicosis.

a) El tiempo que lleva la anormalidad.

b) La intensidad con la cual dicha anormalidad actúa.

c) La cantidad de sobrecargas secundarias presentes.

d) Las alteraciones bioeléctricas que estén produciéndose sobre las membranas celulares.

La sumatoria de estos factores pueden llevar a la “parálisis de regulación” momento en el cual se llega a la fase de la manifestación focal tóxica y se inician las alteraciones estructurales de los tejidos”. Enfermedades sistémicas relacionadas con focos infecciosos orales.

1. Enfermedades articulares (Artritis reumatoide y fiebre reumática).

2. Enfermedades cardiovasculares (Endocarditis bacteriana).

3. Enfermedades pulmonares (Absceso pleuritis supurada).

4. Enfermedades gastrointestinales (Gastroenteritis, úlcera).

5. Enfermedades hepáticas (Hepatitis infecciosa y cirrosis).

6. Enfermedades de la piel (Alopesias, furunculosis).

7. Enfermedades renales (Nefritis absceso).

8. Enfermedades urológicas (esterilidad).

### **Campos de interferencias odontológicas.**

❖ Pulpitis crónica

❖ Pulpitis aguda

- ❖ Abscesos agudos
- ❖ Necrosis pulpar
- ❖ Dientes retenidos
- ❖ Materiales de restauración como amalgama.
- ❖ Afecciones de los maxilares
  - Osteitis periapical
  - Quiste periapical o quiste radicular
  - Quiste folicular, etc.
- ❖ Parodontitis apical por cualquier motivo.

## **CONCLUSIONES**

La Odontología Neurofocal es uno de los pilares fundamentales de la Terapia Neural y de la medicina biológica pues nos permite interpretar cómo gran parte de las enfermedades tienen como punto de partida o factor desencadenante los denominados: “campos de interferencia”, que de manera importante se presentan en los dientes y en todo el sistema estomatognático, y que ocasionan impulsos irritativos en el sistema nervioso produciendo efectos fisiopatológicos en cualquier parte del organismo. La Odontología Neurofocal tiene un beneficio para el paciente y es la integración de la odontología y la medicina, ya que a través de la boca pueden curarse muchas enfermedades y prevenir otras más, logrando una medicina preventiva.

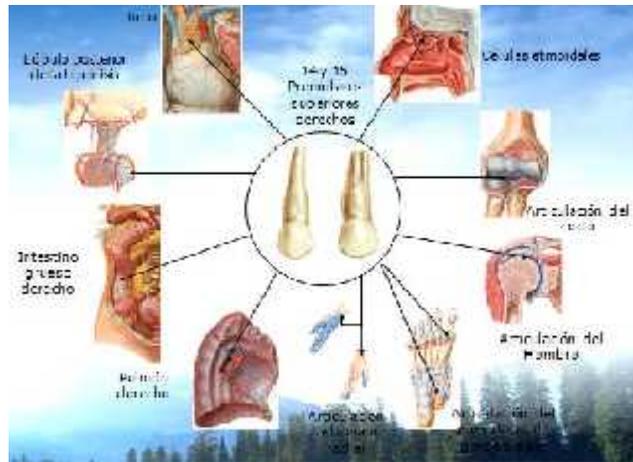
Existe una estrecha relación entre los campos de interferencia y las diferentes enfermedades por tanto la efectividad del neuroterapéutico depende del efecto que ejerce este sobre estos campos interferentes.

La lidocaína o procaína al 0.5 % ha sido evidentemente efectivo para eliminar el dolor y el chasquido en los pacientes tratados mediante la odontología neurofocal y la terapia neural.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Payán S. Congreso Internacional de Terapia Neural (memorias), 18-20 de Noviembre 2010. Ciudad de México. En [www.terapianeural.com](http://www.terapianeural.com)
2. Boretti JJ., Lovesio C. Cirugía Bases Fisiopatológicas para su práctica. Librería El Ateneo Editorial. Buenos Aires, Argentina 2011.

3. Ferraina P., Oria A. Cirugía de Michans. Quinta Edición. Reimpresión. Librería Editorial El Ateneo. Buenos Aires 2008.
4. Gower - Rousseau C, Salomez JL, Dupas JL, Martí R et al. Incidence of inflammatory bowel disease in northern France. Gut. 35 (10):1443, 2009.
5. Fundamentals of Acupuncture and Moxibustion, Tianjin College of Traditional Chinese Medicine and Goto College of Medical Arts and Sciences. Tianjin Sciences and Technology Translation and Publishing Corp., 2010.
6. Cooper BC, Cooper DL, Lucente FE. Electromyography of masticatory muscles in craniomandibular disorders. Laryngoscope 2008.
7. Bisschop, G., Dumonli, J. Las Corrientes Excitomotoras en Reeduccion Funcional. Panamericana, São Paulo, 2008.
8. Barret VI. Physical therapy technique in the treatment of the head and neck patient. J Prost Dent 2009.
9. American Speech-Language-Hearing Association. The role of the speech-Language Pathologist in the evaluation and treatment of dysphagia. Junio 2011.
10. Huneke H. Congreso Internacional de Terapia Neural (memorias), 18-20 de Noviembre 1999. Ciudad de México. En [www.terapianeural.com](http://www.terapianeural.com)
11. Ediciones de Ciencia y tecnología de Shangai, 1999, traducido y adaptado al español por Juan Jaramillo y Min Ming, Fundamentos de Medicina Tradicional China, Tercer Mundo Editores, Colombia, 2010.
12. Smith SD: Vascular Analysis in Temporomandibular Orthopedics: Quantifying Blood Flow Related to Occlusal Dynamics. Osteopathic Medicine, pp 29-32, 35-41, 71, October 2007.
13. Phero JC. Pharmacological management of head and neck pain. Otolaryngol Clin North Am. 2006; 36(6): 1171-1185.
14. Boretti JJ., Lovesio C. Cirugía Bases Fisiopatológicas para su práctica. Librería El Ateneo Editorial. Buenos Aires, Argentina 2005.
15. Ferraina P., Oria A. Cirugía de Michans. Quinta Edición. Reimpresión. Librería Editorial El Ateneo. Buenos Aires 2006.
16. Smith SD: Vascular Analysis in Temporomandibular Orthopedics: Quantifying Blood Flow Related to Occlusal Dynamics. Osteopathic Medicine, pp 29-32, 35-41, 71, October 2007.
17. Naeije M, Hansson TL. Electromyographic screening of myogenous and arthrogenous TMJ dysfunction patients. J Oral Rehabil 2008.
18. The Voice and Voice Therapy. University of Arizona, 2008.
19. Bisschop, G., Dumonli, J. Las Corrientes Excitomotoras en Reeduccion Funcional. Panamericana, São Paulo, 2005.
20. Boone, D. Respiratory Training in Voice. Journal of Voice, Vol. 2, n0 1, 20-25, 1999
21. Barret VI. Physical therapy technique in the treatment of the head and neck patient. J Prost Dent 2004.
22. Chevalier, A.M. - Rééducation des paralysies faciales centrales et périphériques. - Encycl. Méd. Chir. ( Elsevier, Paris-France), Kinésithérapie- Médecine Physique-Réadaptation, 2006.
23. SHRODE, L.W. Treatment of facial muscles affected by Bell's palsy with high-voltage electrical muscle stimulation. J Manipulative Physiol Ther 2004.
24. Gittins J., Martin K., Sheldrick J., Reddy A., Thean L., Electrical stimulation as a therapeutic option to improve eyelid function in chronic facial nerve disorders Invest Ophthalmol Vis Sci 2005.
25. P. Hunter Peckham, Jayme S. Knutson. Functional Electrical Stimulation For Neuromuscular Applications Annual Review of Biomedical Engineering, August 2005, Vol. 7, Pages 327-360.



## APERTURA DISMINUIDA o problemas de la ATM

Antes del tratamiento

Al día siguiente del 1er. tratamiento.

**Terceros molares superiores e inferiores**

## SACROLUMBALGIA

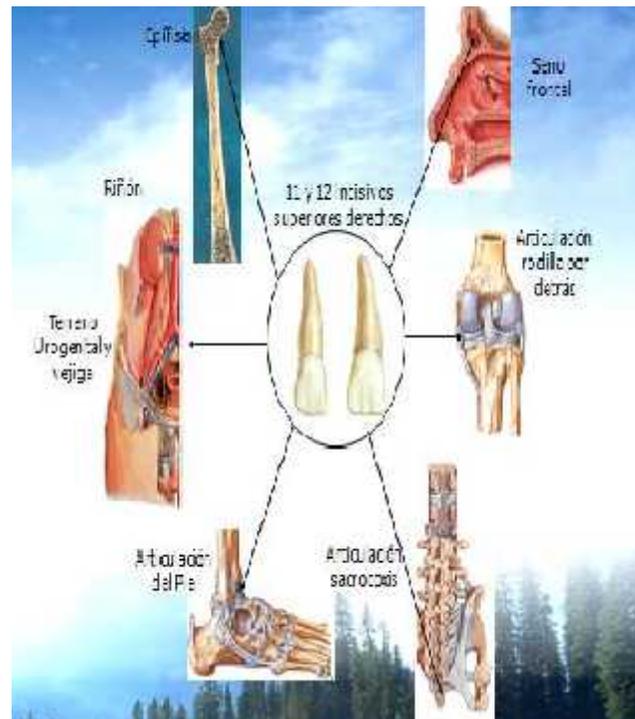
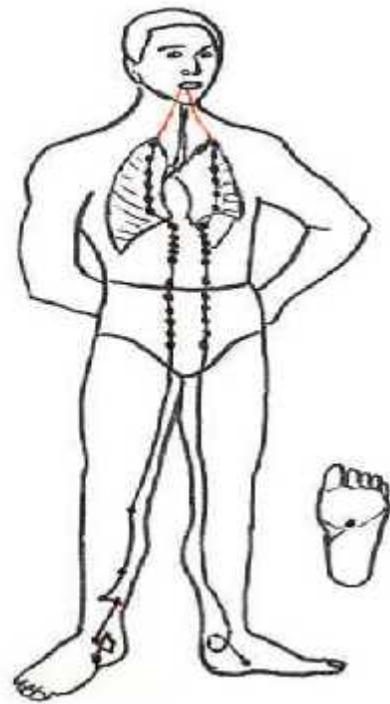
Se localiza en la línea media a nivel de las crestas ilíacas, entre cuarta y quinta lumbar.

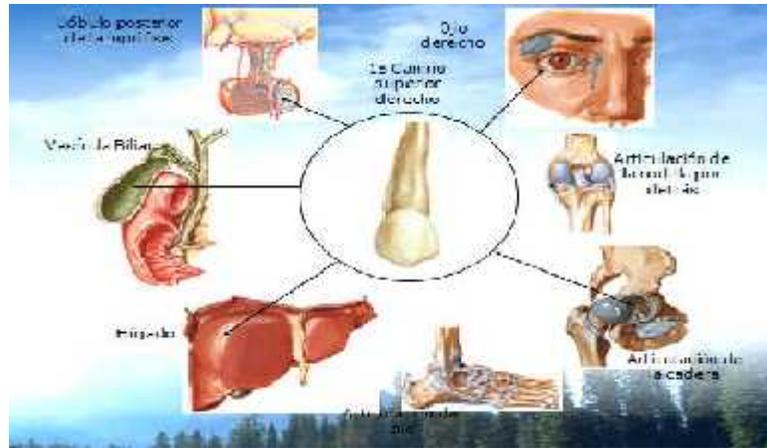
Inclivos superiores e inferiores y ~~terceros~~ molares sup. e inf.

V40

Se realiza en la región posterior de la rodilla, en el punto medio del pliegue de la región poplitea, con la palma de la mano se realizará la punción.

V60





## MIGRAÑA

**IG4**

**Cicalriz**

**Punto ASH1**  
en cuero cabelludo siguiendo la línea bipupilar

## ACNE JUVENIL

**G11**

Pulmones:  
punto arcos superiores y  
Vulvares Inferiores

**P5**

**Punto ASH1**  
- Cara