

✉ P. T. Dorsher¹, J. Fleckenstein²

Puntos gatillo y puntos de acupuntura clásica

Parte 2: Correspondencias clínicas en el tratamiento del dolor y las disfunciones somatoviscerales

Trigger points and classical acupuncture points

Part 2: Clinical correspondences in treating pain and somatovisceral disorders

Resumen

Antecedentes: La comparación de las localizaciones de los puntos gatillo miofasciales (PGM) y de los puntos de acupuntura clásica presentada en la primera parte de este estudio demostró que al menos 238 (93,3%) de los 255 PGM “generales” descritos en el *Manual de puntos gatillo* se refieren a las mismas regiones musculares que los puntos de acupuntura situados en su proximidad.

Objetivo: Determinar si estos pares relacionados de PGM y puntos de acupuntura clásica poseen indicaciones semejantes para el tratamiento del dolor y de las disfunciones somatoviscerales.

Métodos: Se estudiaron las indicaciones clínicas de los 238 puntos de acupuntura clásica anatómicamente correlacionados para comprobar si sus indicaciones para el tratamiento del dolor y/o de los trastornos somatoviscerales se correspondían con las indicaciones de los PGM descritas en el *Manual de puntos gatillo*.

Resultados: El 93% (221/238) de los PGM generales del *Manual de puntos gatillo* tienen indicaciones dolorosas. En 208 de los 221 puntos gatillo (94%) se referían indicaciones de dolor regional semejantes a las de sus puntos de acupuntura clásica correspondientes. Otros 6 (3%) de estos puntos de acupuntura tienen indicaciones dolorosas para las zonas de dolor referido de sus PGM correspondientes. Solamente 7 puntos de acupuntura clásica correlacionados con PGM no muestran una indicación dolorosa comparable. El *Manual de puntos gatillo* describe efectos somatoviscerales para 60 (24%) de los PGM generales. El 82% (49/60) de los puntos de acupuntura clásica relacionados anatómicamente con ellos muestran efectos somatoviscerales claros correspondientes, y otro 11% (7 de 60), efectos probables.

Conclusiones: La notable coincidencia de las indicaciones para el dolor (de hasta el 97%) y somatoviscerales (hasta el 93%) de los pares de PGM generales y de acupuntura clásica anatómicamente correlacionados arroja una segunda demostración clínica de que los puntos gatillo y los puntos de acupuntura reflejan, con una probabilidad muy elevada, los mismos fenómenos fisiológicos.

Abstract

Background: Anatomic comparisons of the locations of myofascial trigger points (mTrPs) to those of classical acupuncture points in the first part of this study showed that at least 238 (93.3%) of 255 “common” mTrPs described by the *Trigger Point Manual* have proximate, anatomically corresponding classical acupoints that anatomy references document enter the same muscle regions of those mTrPs.

Objectives: To determine whether these correlated common mTrP-classical acupoint pairs have similar indications for treating pain and somatovisceral disorders.

Methods: The clinical indications of the 238 anatomically corresponding classical acupoints were examined in acupuncture references to determine whether they include indications for treating pain and/or somatovisceral disorders that are comparable to those described for their correlated common mTrPs by the *Trigger Point Manual*.

Results: 93% (221/238) of the correlated common mTrPs have pain indications described by the *Trigger Point Manual*. Of their anatomically corresponding classical acupoints, 208/221 (94%) have similar regional pain indications described, and another 6 (3%) of these acupoints have indications for painful conditions in the distributions of their correlated mTrPs' described referred-pain. Only 7 classical acupoints that anatomically corresponded to common mTrPs had no comparable pain indications. The *Trigger Point Manual* describes somatovisceral effects for 60 (24%) of its common mTrPs. Of their anatomically corresponding classical acupoints, 82% (49/60) have “definite” and another 11% (7/60) have “probable” clinical correspondences of their somatovisceral effects.

Conclusions: The marked correspondences of the pain indications (up to 97%) and somatovisceral indications (up to 93%) of anatomically corresponding common mTrP-classical acupoint pairs provide a second, clinical line of evidence that trigger points and acupuncture points likely describe the same physiologic phenomena.

Palabras clave

Acupuntura, punto de acupuntura, dolor miofascial, tratamiento de puntos gatillo

Key words

Acupuncture, acupuncture point, myofascial pain, trigger point therapy

✉ Dr. Peter T. Dorsher
Departamento de Medicina Física y Rehabilitación
Clínica Mayo

4500 San Pablo Road
Jacksonville, FL 32224 (EE.UU.)
dorsher.peter@mayo.edu

¹ Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Clínica Mayo, Jacksonville, Florida (EE.UU.).

² Centro Interdisciplinario del Dolor, Departamento de Anestesiología, Universidad de Múnich.

Introducción

Sólo apenas el 30% de la bibliografía sobre acupuntura está dedicada a su aplicación para el tratamiento de los procesos algícos¹, aunque ésta sea la indicación más conocida para el público y los médicos alopáticos. De los 361 puntos de acupuntura clásica, todos ellos, menos 2, tienen descritas indicaciones dolorosas²⁻⁴, siendo estos 2 puntos el V 8 y el E 17 (este último no tiene indicaciones clínicas). Aunque sus aplicaciones para el dolor no constituyen sus indicaciones principales, prácticamente todos los puntos de la acupuntura clásica poseen al menos una indicación de tratamiento para los trastornos algícos que se basa en miles de años de experiencia clínica.

La terapia de los puntos gatillo se emplea fundamentalmente para tratar el dolor y la disfunción miofascial, y sigue siendo un método terapéutico muy utilizado para el tratamiento del dolor en la práctica médica actual, tanto por médicos de atención primaria como por especialistas en el manejo del dolor^{7,8}.

Las comparaciones cualitativas y cuantitativas de las localizaciones anatómicas de los puntos gatillo miofasciales (PGM) comunes y los puntos de acupuntura clásica de la primera parte del presente estudio⁹ demostraron que al menos el 93,3% (238/255) de las zonas de los PGM comunes descritas en el *Manual de puntos gatillo*^{5,6} poseen una correspondencia anatómica con los puntos de acupuntura clásica. La correspondencia anatómica quedaba establecida cuando el punto de acupuntura estaba próximo a un PGM común y la bibliografía anatómica demostraba que penetraba en la misma región muscular que la de dicho punto gatillo. Otros 6 PGM comunes mostraron relaciones anatómicas y fisiológicas (dolor referido) con los canales de acupuntura que los recorrían por encima, aunque no había puntos de acupuntura próximos. Si se consideran también estos PGM correlacionados, entonces la correspondencia anatómica entre los PGM comunes y los puntos de acupuntura clásica asciende a casi el 96%. El análisis cuantitativo de la distancia anatómica entre los pares de puntos correlacionados dio como resultado que el 82% de estos pares de puntos se encuentran situados entre sí a menos de 2 cm de distancia, y el 95% a menos de 3 cm. Si bien este alto grado de correspondencia anatómica hallada entre PGM comunes y puntos de acupuntura clásica es improbable que se diera por casualidad, los escépticos podrían todavía aprovechar esta posibilidad para poner en duda las correspondencias entre los métodos tradicionales miofascial y la acupuntura para el tratamiento del dolor. Si se pudiera demostrar que estos puntos gatillo y de acupuntura relacionados anatómicamente también exhiben una notable semejanza en cuanto a sus usos clínicos y/o propiedades fisiológicas (dolor referido y trayectos de los meridianos), esto aportaría una evidencia clínica y fisiológica corroboradora de que los puntos gatillo y acupuntura probablemente se apoyan en los mismos fenómenos clínicos, lo que a su vez sugeriría que los métodos de tratamiento tradicionales del dolor miofascial constituyen probablemente un descubrimiento independiente de los

hallazgos de la tradición acupuntural para el tratamiento de los trastornos algícos.

El objetivo de esta segunda parte del estudio es comparar las indicaciones clínicas de los métodos tradicionales de acupuntura y de dolor miofascial para el tratamiento del dolor y de las disfunciones somatoviscerales.

Métodos

Para cada uno de los 238 puntos de acupuntura clásica anatómicamente correlacionados de la primera parte de este estudio⁹ se examinaron las indicaciones clínicas descritas en 3 referencias bibliográficas autorizadas sobre acupuntura²⁻⁴ en cuanto a sus usos para el tratamiento de afecciones dolorosas.

Puesto que el objetivo principal del presente estudio era comparar específicamente los métodos tradicionales de la acupuntura y del dolor miofascial para tratar las afecciones dolorosas, no era necesario que el dolor fuera la indicación principal del punto de acupuntura dado, siempre que dicho punto tuviera descrita una indicación dolorosa en una o más de dichas referencias de acupuntura.

Para el análisis de las correspondencias somatoviscerales de los métodos tradicionales de la acupuntura y del dolor miofascial, se recopilaron los efectos somatoviscerales de los PGM comunes descritos en el *Manual de puntos gatillo*. Asimismo se examinaron las indicaciones somatoviscerales descritas en las referencias bibliográficas de acupuntura²⁻⁴ para los puntos de acupuntura clásica que se correspondían anatómicamente con estos PGM en cuanto a similitudes en sus efectos clínicos.

Resultados

De los 238 PGM comunes que en la primera parte de este estudio⁹ se correspondían anatómicamente con puntos de acupuntura clásica, 221 (el 93%) tienen indicaciones dolorosas descritas en el *Manual de puntos gatillo*. Hay 17 regiones de PGM comunes que no poseen indicaciones dolorosas, tan sólo efectos somatoviscerales. Éstas incluyen las regiones de los puntos gatillo miofasciales de la "arritmia cardíaca" del pectoral mayor, del "botón del eructo" del abdominal externo oblicuo y 15 regiones de la musculatura de la pared abdominal inferior que "causan diarrea"^{5,6}. Otras 43 regiones de PGM comunes tienen también efectos somatoviscerales reflejados en el *Manual de puntos gatillo* que son diferentes de sus indicaciones de dolor regional (tabla 1). Por consiguiente, un total de 60 regiones de PGM comunes tienen efectos somatoviscerales descritos.

Correspondencias de dolor

Para 208 (94%) de los 221 puntos de acupuntura clásica anatómicamente correlacionados²⁻⁴ se han descrito indicaciones dolorosas regionales musculoesqueléticas o neurológicas comparables (p. ej., "neuralgia intercostal"). Otros 6 (3%) puntos de acupuntura clásica tienen indicaciones

clínicas para otros procesos dolorosos localizados en las zonas de distribución del dolor referido de sus PGM anatómicamente correlacionados (tabla 2). Entonces, en conjunto, hasta 214/221 (~97%) de los puntos de acupuntura clásica poseen indicaciones clínicas dolorosas comparables a las descritas para las regiones de sus puntos gatillo miofasciales comunes anatómicamente correlacionados. Tan sólo el 3% (7/221) de los PGM tienen indicaciones clínicas dolorosas que difieren de las de sus puntos de acupuntura

clásica anatómicamente correlacionados, lo que representa 6 puntos de acupuntura clásica diferenciados (IG 17, H 3, H 9, MC 4 [PC 4], B 8 y B 11).

Correlaciones somatoviscerales

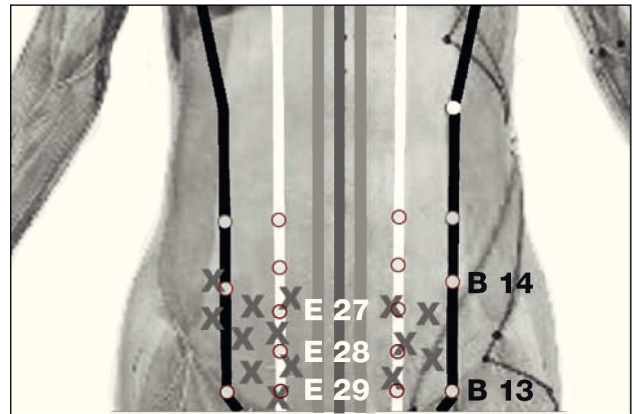
El *Manual de puntos gatillo* describe efectos somatoviscerales en 60 regiones de PGM comunes, lo que representa casi el 25% de todos los puntos gatillo recogidos en esta obra. De dichas regiones de PGM comunes, 17/60 (28%)

TABLA 1 Efectos somatoviscerales de puntos gatillo miofasciales que también tienen indicaciones dolorosas

Región muscular del punto gatillo	Efecto somatovisceral
Trapezio, punto medio de la porción superior	Mareos y vértigo
Esternocleidomastoideo, cabeza esternal, porción media, inferior	Dolor de garganta
Esternocleidomastoideo, cabeza esternal, porción inferior	Tos seca paroxística
Esternocleidomastoideo, cabeza clavicular, porción inferior	Mareo postural y menos comúnmente, vértigo
Esternocleidomastoideo, cabeza esternal, porción media, superior	Dolor de garganta
Esternocleidomastoideo, cabeza clavicular, porción media	Mareo postural y menos comúnmente, vértigo
Esternocleidomastoideo, cabeza clavicular, porción superior	Mareo postural y menos comúnmente, vértigo
Esternocleidomastoideo, cabeza esternal, porción superior	Dolor de garganta
Masetero, capa superficial, porción superior, anterior	Dolor dental posterosuperior
Masetero, capa superficial, porción superior, posterior	Dolor dental posterosuperior
Masetero, capa superficial, porción media, anterior	Dolor dental posteroinferior
Masetero, capa superficial, porción media, posterior	Dolor dental posteroinferior
Masetero, capa profunda	Acúfenos
Temporal, porción anterior	Dolor en incisivos superiores
Temporal, porción media, anterior	Dolor en dientes superiores, justo detrás de los incisivos (dientes intermedios)
Temporal, porción media, posterior	Dolor dental posterosuperior
Pterigoideo lateral, porción superior	Sinusitis
Pterigoideo lateral, porción inferior	Sinusitis
Digástrico, vientre posterior	Dificultad para tragar

Esplenio de la cabeza	Dolor dentro del cráneo, cefalea del vértex
Esplenio cervical, porción superior	Dolor dentro del cráneo, visión borrosa de cerca, dolor difuso dentro de la cabeza que converge detrás del ojo
Recto posterior mayor de la cabeza	Amagos de cefaleas
Oblicuo inferior de la cabeza	Amagos de cefaleas
Pectoral mayor, sección esternal intermedia, superior	Ataque al corazón
Pectoral mayor, sección esternal intermedia, medio	Ataque al corazón
Pectoral mayor, sección esternal intermedia, inferior	Ataque al corazón
Pectoral mayor, margen libre lateral, medial	Dolor de pecho
Pectoral mayor, margen libre lateral, lateral	Dolor de pecho
Pectoral mayor, sección paraesternal, superior	Ataque al corazón
Pectoral mayor, sección paraesternal, inferior	Ataque al corazón
Pectoral menor, superior	Se asemeja a la isquemia cardíaca
Pectoral menor, inferior	Se asemeja a la isquemia cardíaca
Esternal	Se asemeja a la isquemia cardíaca
Serrato anterior	Falta de aliento
Iliocostal torácico, nivel medio-torácico	Se asemeja a una isquemia cardíaca o pleuritis
Oblicuo externo, porción anterosuperior	Ardor de estómago
Oblicuo externo, porción anterior media	Dolor inguinal y testicular, dolor abdominal en el cuadrante inferior
Oblicuo externo, porción inferioanterior	Dolor inguinal y testicular, dolor abdominal en el cuadrante inferior
Recto abdominal, porción superior	Sensación de plenitud abdominal, náuseas y vómitos

sólo tienen descritas indicaciones somatoviscerales no dolorosas^{5,6}, como se ha esbozado anteriormente. Las regiones de puntos gatillo que “causan diarrea” suponen 15 de estas regiones, y como se demuestra en la figura 1, estas regiones de PGM comunes se localizan en las trayectorias de los canales del bazo y del estómago, sobre la musculatura de la pared abdominal anterior inferior. Estos PGM comunes se encuentran próximos a los puntos de acupuntura clásica B 13 y B 14 (hacia lateral) y al E 27, E 28 y E 29 (hacia medial). La tabla 3 muestra las indicaciones de trastornos gastrointestinales de estos puntos de acupuntura clásica²⁻⁴. Nótese que algunos de estos puntos de acu-



Puntos gatillo que “causan diarrea”

Fig. 1: Zonas de los puntos gatillo que “causan diarrea” y sus relaciones con los meridianos principales con sus puntos clásicos de acupuntura (adaptada con autorización de Primal Pictures)

TABLA 2 Puntos de acupuntura con indicaciones clínicas dolorosas en las distribuciones del dolor referido de sus puntos gatillo anatómicamente correspondientes

Región muscular del punto gatillo	Punto de acupuntura correspondiente	Indicaciones dolorosas del punto de acupuntura
Esfínter anal, región superior (dolor referido perianal)	Du 1	Dolor de hemorroides, pesadez sacra
Esfínter anal, región lateral (dolor referido perianal)	Du 1	Dolor de hemorroides, pesadez sacra
Elevador del ano (dolor referido perianal)	Du 1	Hemorroides, prolapso anal, dolor lumbar
Glúteo medio, región medial (dolor referido a la zona lumbar ipsilateral inferior y la nalga medial)	V 27	Dolor testicular que se irradia a la zona lumbar
Aductor mayor, región superior (dolor referido a la pelvis)	V 36	Dificultad en la micción o defecación, hemorroides, frío en el útero
Sóleo, punto extraordinario (dolor referido a la cara ipsilateral y maxilar)	VB 35	Hinchazón facial, dolor de piernas

TABLA 4 Concordancia “probable” entre indicaciones somatoviscerales de puntos gatillo y puntos de acupuntura clásica

Región muscular del punto gatillo	Indicación miofascial	Punto de acupuntura clásica	Indicación del punto de acupuntura
Temporal, porción media, posterior	Dolor dental postero-superior	VB 7	Utilizado para tratar la caries con E 42
Pterigoideo lateral, superior	Sinusitis	E 7	Dolor/hinchazón de la mejilla
Pterigoideo lateral, inferior	Sinusitis	E 7	Dolor/hinchazón de la mejilla
Abdominales oblicuos inferiores, derecha	Causan diarrea	E 28	Distensión abdominal, heces retenidas
Abdominales oblicuos inferiores, izquierda	Causan diarrea	E 28	Distensión abdominal, heces retenidas
Sóleo “excepcional” porción inferior, lateral	Dolor maxilar y de mejilla	VB 35	Hinchazón facial y de ojos, obstrucción de garganta con dolor

TABLA 3 Puntos gatillo que “causan diarrea” e indicaciones gastrointestinales de sus puntos de acupuntura clásica anatómicamente correlacionados

Región del punto gatillo	Indicación miofascial	Punto de acupuntura clásica	Indicaciones del punto de acupuntura
Abdominales oblicuos (3 regiones)	Causan diarrea	B 13	Estreñimiento (D), gastroenteritis (C)
Abdominales oblicuos (4 regiones)	Causan diarrea	B 14	Diarrea y disentería (D), gastroenteritis (C)
Abdominales oblicuos (4 regiones)	Causan diarrea	E 27	Distensión abdominal (D), estreñimiento, gastroenteritis (C)
Abdominales oblicuos (2 regiones)	Causan diarrea	E 28	Retención de las heces (D), distensión abdominal inferior (C)
Abdominales oblicuos (2 regiones)	Causan diarrea	E 29	Cólicos (S)

D: Deadman; S: Shanghai; C: Chen.

puntura tienen indicaciones tanto para el estreñimiento como para la enteritis. Teóricamente en un punto de acupuntura determinado el facultativo puede desencadenar efectos clínicos opuestos, dependiendo de la forma en que manipule la aguja en ese punto. En conjunto, las indicaciones somatoviscerales de 49/60 (82%) de las regiones de PGM comunes resultan claramente comparables con las de sus puntos de acupuntura clásica anatómicamente correlacionados, y otros 7 pares (11%) de puntos anatómicamente correlacionados poseen probables efectos correspondientes somatoviscerales (tabla 4). Sólo 4 (7%) pares de puntos no muestran una correlación en sus efectos somatoviscerales (tabla 5).

Se describen también otros efectos musculoesqueléticos de regiones de puntos gatillo para 15 regiones que son normalmente no dolorosas (tabla 6) y las indicaciones de sus puntos de acupuntura clásica anatómicamente correlacionados demostraron una coincidencia inequívoca o probable para 11/13 (85%) de estos pares de puntos.

Discusión

Melzack et al¹⁰ refirieron una correspondencia anatómica del 100% entre 48 puntos gatillo y 50 puntos de acupuntura utilizados tradicionalmente para tratar trastornos algícos, pero encontraron que su correspondencia clínica para tratar estos trastornos era un tanto inferior (71%). Sin embargo, si se examinan más cuidadosamente los da-

tos del estudio de Melzack et al¹⁰, en realidad al menos 9 y probablemente 14 de sus correspondencias “negativas”

TABLA 6 Puntos gatillo y de acupuntura en otros trastornos musculoesqueléticos

Región del punto gatillo	Indicación musculoesquelética	Punto de acupuntura clásica	Indicación acupuntural
Elevador de la escápula, superior	Tortícolis	ID 15	Dolor de hombro, rigidez de nuca
Elevador de la escápula, inferior	Tortícolis	ID 14	Rigidez, entumecimiento de cuello
Infraespinoso, región superior, lateral	Dolor de hombro	ID 11	Dolor y pesadez de hombro
Infraespinoso, región superior, medial	Dolor de hombro	ID 11	Dolor y pesadez de hombro
Extensor del dedo (dedo corazón)	Dedos agarrotados	IG 10	Dolor e inmovilidad de brazo
Extensor del dedo (dedo anular)	Dedos agarrotados	TR 9	Dolor de antebrazo, parálisis de miembro superior
Supinador	Codo del tenista	P 5	Dolor de antebrazo y restricción de su movimiento
Recto femoral, superior	Síndrome de cadera doblada	E 31	Atrofia o bloqueo de los músculos del muslo/nalgas
Vasto medial, porción media	Síndrome de rodilla doblada	B 11	Problemas inguinales y de genitales externos
Vasto medial, porción inferior	Síndrome de rodilla doblada	B 10	Dolor en muslo interno, problemas de micción y menstruales
Vasto intermedio, porción superior	Síndrome de cadera doblada	E 31	Contracción de músculos del muslo, hemiplejía
Vasto lateral, porción distal, anterior	Síndrome de rótula bloqueada	E 34	Dolor de rodilla, dificultad de flexión/ extensión de la rodilla
Vasto lateral, porción distal, posterior	Síndrome de rótula bloqueada	VB 33	Incapacidad para flexionar/ extender la rodilla

TABLA 5 “Ausencia de correlación” entre indicaciones somatoviscerales de puntos gatillo y de acupuntura anatómicamente correlacionados

Región muscular del punto gatillo	Indicación somatovisceral	Punto de acupuntura correlacionado	Indicación acupuntural
Esternocleido-mastoideo, cabeza clavicular, porción inferior	Mareo postural y menos comúnmente, vértigo	IG 17	Pérdida de voz, obstrucción de garganta con dolor, dificultad respiratoria
Esternocleido-mastoideo, cabeza clavicular, porción media	Mareo postural y menos comúnmente, vértigo	ID 16	Sordera, acúfenos, dolor de oídos
Pectoral mayor, paraesternal, inferior	Arritmia cardíaca	R 22	Dolor o plenitud de pecho, neuralgia intercostal
Aductor mayor, porción superior	Dolor intrapélvico (vagina, recto o vejiga)	H 10	Dificultad en la micción, dolor genital, frío en el útero

de dolor clínico entre PGM y puntos de acupuntura son realmente “positivas” (indicaciones dolorosas comparables). Estos pares de puntos adicionales clínicamente correlacionados incluyen un PGM iliocostal; el V 47, un PGM isquiotibial; el V 37, los PGM del longísimo; el V 18 y V 19, un PGM subescapular; el C 1, un PGM del gastrocnemio; el R 10, un PGM del extensor del dedo del pie; el E 37, un PGM del tibial anterior; el E 36, un PGM del escaleno; el IG 17, los PGM del primer interóseo dorsal y aductor del pulgar; el IG 4, un PGM del pectoral mayor, y el VB 22 y los PGM del aductor largo con el H 10 y H 11. Así, el grado de correspondencia de dolor clínico entre puntos gatillo y de acupuntura clásica de los datos de Melzack et al¹⁰ aumentan potencialmente a un 98% (49/50). El presente estudio sirve para confirmar estos hallazgos, al demostrar que al menos el 94% (y probablemente el 97%) de los puntos de acupuntura clásica tienen indicaciones clínicas dolorosas que son comparables a aquellas descritas para sus regiones de puntos gatillo comunes anatómicamente correlacionadas^{5,6}.

Aunque el objetivo del estudio de Melzack et al¹⁰ fue examinar las similitudes anatómicas y clínicas de los puntos gatillo y de acupuntura para el tratamiento de los trastornos dolorosos, sus datos también arrojaron pruebas de la presencia de correspondencias en las indicaciones somatoviscerales de los puntos gatillo y de acupuntura correlacionados. Los datos de Melzack et al¹⁰ documentan 9 correspondencias somatoviscerales entre PGM y puntos de acupuntura (todas positivas). Éstas incluían un PGM del trapecio para tratar síndromes de dolor cardíaco y el V 16 que se utiliza para el dolor cardíaco y la pericarditis^{2,3}, un PGM pectoral mayor para tratar la angina de pecho y el R 23 que se utiliza para la obstrucción dolorosa de las vías respiratorias^{2,3}, y un PGM del músculo esplenio de la cabeza para tratar la cefalea y el TE 16 que está indicado para la cefalea^{2,3}. Un nuevo análisis de los datos de Melzack et al¹⁰ realizado por Birch en 2003¹¹ concluyó que parte de los motivos por los que creía que los puntos gatillo no se debían comparar con los puntos de acupuntura clásica es que en estos datos no se presentaban pruebas sobre similitudes entre ellos en el tratamiento de enfermedades no dolorosas. Aparte del hecho de que el objetivo del estudio de Melzack et al no era el de examinar los usos de los puntos gatillo y de acupuntura para afecciones no dolorosas, el informe de Birch¹¹ simplemente no refirió los datos de correspondencias somatoviscerales de sus datos, como se esboza más arriba. Nótese que en dichos datos¹⁰ había una correspondencia clínica del 100% en las indicaciones somatoviscerales de los puntos gatillo y de acupuntura clásica correlacionados. El informe de Birch¹¹ de 2003 intentó hacer extensible su conclusión demostrablemente incorrecta sobre la ausencia de efectos somatoviscerales referidos de los

puntos gatillo en los datos de Melzack et al¹⁰ a todos los puntos gatillo; aunque se demuestra en el presente estudio que el *Manual de puntos gatillo*^{5,6} (al cual tenía acceso Birch durante más de una década antes de su informe) documenta efectos somatoviscerales en casi el 25% de las regiones de los puntos gatillo recogidas. Es más, los efectos somatoviscerales descritos para esos PGM comunes^{5,6} son similares a los reflejados para sus puntos de acupuntura clásica anatómicamente correlacionados²⁻⁴ en más del 93% de los puntos comparados.

Esta correspondencia clínica prácticamente total entre PGM comunes y puntos de acupuntura clásica para el tratamiento de afecciones dolorosas (al menos el 94%), así como en las disfunciones somatoviscerales (al menos el 93%) documentadas en el presente estudio, proporciona una demostración clínica que complementa los datos de sus correspondencias anatómicas (al menos el 93,3%) presentados en la primera parte de este estudio⁹, lo cual sugiere que los puntos gatillo y de acupuntura clásica probablemente describen los mismos fenómenos fisiológicos. Incluso si los escépticos argumentaran que la correspondencia anatómica del 93,3% entre regiones de PGM comunes y puntos de acupuntura clásica hallada en este estudio podría haber ocurrido por casualidad (aunque esto sea muy improbable), sería aún más improbable que estos pares de puntos anatómicamente correlacionados mostraran también por casualidad una correlación de prácticamente el 97% en sus indicaciones dolorosas y una correlación del 94% en sus efectos somatoviscerales.

La tercera y última parte de este estudio aún aportará otra línea probatoria de las similitudes entre los métodos tradicionales de tratamiento del dolor miofascial y de la acupuntura, demostrando las notables correspondencias en las distribuciones de los patrones del dolor miofascial referido y los meridianos de acupuntura en los pares de puntos anatómicamente correlacionados.

Conclusiones

El *Manual de puntos gatillo*^{5,6} y las referencias bibliográficas autorizadas sobre acupuntura²⁻⁴ documentan que hay correspondencias clínicas marcadas tanto de indicaciones dolorosas (hasta el 97%) y somatoviscerales (> 93%) de pares de PGM comunes y de acupuntura clásica anatómicamente correlacionados (puntos de acupuntura clásica que se encuentran próximos y penetran en la región muscular de sus PGM comunes correlacionados). Esto proporciona una segunda línea demostrativa clínica de que los puntos gatillo y de acupuntura están probablemente describiendo los mismos fenómenos fisiológicos.

Resumen

- El 93% (221/238) de los puntos gatillo anatómicamente correlacionados poseen indicaciones dolorosas descritas en el *Manual de puntos gatillo*.
- El 94% (208/221) de los puntos de acupuntura clásica anatómicamente correlacionados tienen indicaciones dolorosas descritas comparables.
- Otros 6 puntos de acupuntura clásica (3%) poseen indicaciones para trastornos dolorosos en las áreas de distribución del dolor referido de sus PGM correlacionados.
- De los PGM comunes descritos en el *Manual de puntos gatillo*, 60 (24%) tienen efectos somatoviscerales.
- Al menos el 93% (56/60) de los puntos de acupuntura clásica anatómicamente correlacionados tienen indicaciones somatoviscerales descritas que son claramente o probablemente comparables.

Referencias bibliográficas

1. Helms JM. Acupuncture energetics: a clinical approach for physicians. Berkeley: Medical Acupuncture Publishers; 1995.
2. Deadman P, Al-Khafaji M, Baker K. A manual of acupuncture. Hove, East Sussex (UK): Journal of Chinese Medicine Publications; 1998.
3. O'Connor J, Bensky D. Acupuncture: a comprehensive text. Chicago: Eastland Press; 1981.
4. Chen E. Cross-sectional anatomy of acupoints. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1995.
5. Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. Vol. 1. Baltimore: Williams and Wilkins; 1983.
6. Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. Vol. 2. Baltimore: Williams and Wilkins; 1992.
7. Manchikanti L. Medicare in interventional pain management: a critical analysis. Pain Physician. 2006;9:171-97.
8. Peng PW, Castano ED. Survey of chronic pain practice by anesthesiologists in Canada. Canadian J Anesth. 2005;52:383-9.
9. Dorsher PT, Fleckenstein J. Trigger points and classical acupuncture points: part 1: qualitative and quantitative anatomic correspondences. Dt Ztschr f Akup. 2008;51:15-24.
10. Melzack R, Stillwell DM, Fox EJ. Trigger points and acupuncture points for pain: correlations and implications. Pain. 1977;3:3-2.
11. Birch S. Trigger point: acupuncture point correlations revisited. J Altern Complement Med. 2003;9:91-103.
12. Wiseman N, Ellis A. Fundamentals of chinese medicine. Brookline: Paradigm Publishers; 1996.