



Revista Internacional de
Acupuntura

www.elsevier.es/acu



Formación continuada

Consideraciones sobre acupuntura horizontal – acupuntura basada en los colaterales



Roberto González González^{a,b,*}, Amalia Dávila Hernández^c
y Jorge Arturo Santana Portillo^a

^a Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía, Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México, México

^b Instituto Nacional de Cancerología, Ciudad de México, México

^c Escuela Nacional de Ciencias Biológicas, Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 27 de diciembre de 2017

Aceptado el 3 de enero de 2018

Palabras clave:

Acupuntura vertical

Acupuntura horizontal

Colaterales

CAFE-M

Plotoacupuntura-punción
superficial

Colateropunción-ventosas

Guasha

R E S U M E N

La acupuntura tradicional se basa principalmente en punción perpendicular, puntual en acupunto (enerpunto); es decir, depende de la correcta localización de los puntos, la dirección de los canales y la energía. Debido a que los canales generalmente tienen una distribución vertical de arriba abajo y de abajo hacia arriba, se podría considerar como una *acupuntura vertical* (AV). Por otra parte, existe una red muy extensa de colaterales que se distribuye de manera más horizontal, poco considerada y manejada por el acupuntor, ya que a lo largo de cientos de años se han conformado diferentes procedimientos terapéuticos que tienen una acción sobre los colaterales, lo que denominamos *acupuntura horizontal* (AH). A diferencia de la AV, la AH no depende de puntos, no depende de la sensación acupuntural (得气 De Qi), depende más de la sangre, su efecto es regional, y tiene impacto terapéutico sobre algunas patologías en las que la AV tiene poco efecto terapéutico. La principal acción que tiene la AH es avivar sangre y romper estancamiento sanguíneo, relajar tendones. Dado que la AH impacta sobre los colaterales, se propone que el “fenómeno colateral” se relaciona con los siguientes elementos: Capilares, Arteriolas pequeñas, Fascias, Estroma tisular y Matriz extracelular, conformando las siglas nemotécnicas CAFE-M. Esto ayuda a explicar cómo ciertos procedimientos terapéuticos como la plotoacupuntura (浮针 Fu Zhen), la colateropunción-ventosas (刺络拔罐 Ci Luo Ba Guan), 刮痧 (Guasha) y otras, tienen buen efecto terapéutico sobre patologías relacionadas con el “fenómeno colateral” CAFE-M.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rgdos@hotmail.com (R. González González).

<https://doi.org/10.1016/j.acu.2018.01.001>

1887-8369/© 2018 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Considerations on horizontal acupuncture - acupuncture based on collaterals

A B S T R A C T

Keywords:

Vertical acupuncture
Horizontal acupuncture
Collaterals
CAFE-M
Plotoacupuncture-superficial
puncture
Cupping with bloodletting
Guasha

Traditional acupuncture is based mainly on: perpendicular puncture, punctual in the correct location of the points (acupoints), the channels and energy direction; due to acupuntural channels generally have a vertical distribution from top to bottom and from bottom to top, could be called *vertical acupuncture* (VA). However, there is a very extensive network of collaterals that is distributed more horizontally, less considered and managed by the acupuncturist. Since hundreds of years ago, different therapeutic procedures have been used that have an action on collaterals, which we call *horizontal acupuncture* (HA). Unlike VA, HA it does not depend on acupoints, it does not depend on the acupunctural sensation (得气 De Qi), depends more on the blood, its effect is regional, and has therapeutic impact on some pathologies in which the VA has little therapeutic effect. The main action HA has is activating blood and resolving stasis and relax tendons. Since HA impacts on collaterals, it is proposed that the “collateral phenomenon” is related to the following elements: Capillaries, small Arterioles, Fascias, tissue (E)stroma and extracellular Matrix, forming the mnemonic acronym CAFE-M. This helps explain how certain therapeutic procedures such as plotoacupuncture (浮针 Fu Zhen), cupping with bloodletting (刺络拔罐 Ci Luo Ba Guan), 刮痧 (Guasha) and others, have a good therapeutic effect on pathologies related to the “collateral phenomenon” CAFE-M.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

A modo de definición

Procedimiento terapéutico de la acupuntura cuya acción terapéutica principal resulta de la aplicación de métodos de estimulación sobre un plano horizontal del organismo.

Cuando se estudia acupuntura, uno de los paradigmas fundamentales es que el mejor resultado terapéutico se obtiene cuando se puntura o estimula el o los puntos necesarios para resolver el desequilibrio que presenta el paciente o para fortalecer la reserva de salud, así como prevenir las enfermedades. Esos puntos deben ser localizados con la mayor certeza posible. En los cursos de enseñanza de la acupuntura se dedica una buena cantidad de horas de estudio para enseñar a los alumnos a localizar y seleccionar adecuadamente los puntos. Una vez que se ha seleccionado dicho punto se debe manipular de una forma específica, en función de su naturaleza, ubicación de la energía patógena, así como de la potencia de la energía 正 (Zheng) antipatógena del paciente, etc.

A pesar de la gran diversidad de microsistemas, en general los acupunturistas sabemos que, para ofrecer un efecto terapéutico más contundente y con efecto a más largo plazo, se debe basar el tratamiento en acupuntura corporal.

Los puntos se pueden considerar como verdaderos fenómenos, tienen funciones específicas, y conforme se incrementa la experiencia del acupunturista se va “dialogando” más con los puntos; se “pide” a 足三里 (Zusanli) o a 合谷 (Hegu) que despliegue tal o cual acción terapéutica. Por otra parte, se sabe que los enerpuntos son zonas ricas en sangre y energía, más de energía que de sangre. La base teórica de la acupuntura considera que un punto es un hueco, cavidad, resquicio, caverna (穴 Xue) por donde se tiene un acceso más fácil, directo, hacia los canales que se encuentran en lo profundo; además, la punción

de los enerpuntos casi siempre es vertical y su manipulación (tiempo de permanencia de la aguja, dirección adecuada) genera un efecto terapéutico específico.

Otro de los grandes paradigmas de la acupuntura es que el mejor efecto terapéutico se logra cuando previamente a la manipulación se obtiene la sensación acupuntural (得气 De Qi); esta difícilmente se puede obtener en un plano superficial del punto.

Los canales son considerados como rutas de sangre y energía que generalmente tienen una circulación vertical, yendo de arriba abajo y de abajo hacia arriba, estableciendo una circulación cerrada; la selección de los puntos, muchas de las veces, depende del recorrido del canal al que pertenecen.

Sin embargo, existe una red amplia —extensa y ubicada en un área que no cubren los canales, distribuida en todas las regiones del cuerpo— denominada “red de colaterales” o simplemente “colaterales”.

Los colaterales son ramas que se desprenden de los canales y se distribuyen en cada una de las partes del cuerpo.

En el capítulo sobre los canales de *Ling Shu* se dice: “los canales son 12, circulantes en los espacios que se abren entre los músculos, circulan en las partes profundas y no se ven..” (灵枢·经脉) “经脉十二者, 伏行分肉之间, 深而不见 Jing Mai Shi Er Zhe, Fu Xing Fen Rou Zhi Jian)”¹.

En el capítulo sobre punción de las articulaciones la energía verdadera y xie patógena del *Ling Shu* dice: “Desde los canales... se desprenden los colaterales horizontales” (灵枢·刺节真邪 Ling Shu Ci Jie Zhen Xie): “此必有横络 (Ci Bi You Heng Luo)”.

En el libro *Brújula de la acupuntura* (针经指南) se dice: Hay 15 colaterales distintos, hay más de 300 colaterales horizontales, hay 18.000 colaterales tipo hilo y de los colaterales nieta se desconoce su número” “络有_____十五, 有横络三百余, 有丝络_____万八千, 有孙络不知其纪”².

En los libros de texto de acupuntura se menciona que los colaterales son redes de vasos que circulan de manera horizontal, no hay sitio al cual no lleguen. Se dividen en 3 tipos: colaterales distintos o variados (别络 *Bie Luo*), colaterales superficiales (浮络 *Fu Luo*) y colaterales nieto, de tercera generación (孙络 *Sun Luo*)³.

Los 别络 (*Bie Luo*) o colaterales distintos son 15 ramas que se desprenden de cada uno de los canales principales, así como de los canales *Ren* y *Du Mai*, y el gran colateral del canal del Bazo.

Los colaterales superficiales son ramas que se desprenden de los vasos colaterales, circulan hacia la superficie del cuerpo (razón por la cual se les conoce como colaterales superficiales) y se distribuyen por todo el cuerpo. Su función es nutrir todo el cuerpo, especialmente la región superficial.

Los colaterales 孙 (*Sun*), nieto o de “tercera generación” son pequeños colaterales que se desprenden de los vasos colaterales distintos y tienen las mismas funciones que los colaterales superficiales; son las más pequeñas ramificaciones.

Una de las afecciones que presentan los colaterales en primer lugar es el “estancamiento sanguíneo”, pues, a diferencia de los canales, estos son más sangre que energía. Se puede decir que el estancamiento sanguíneo y los colaterales tienen una muy estrecha relación desde el punto de vista fisiopatológico y terapéutico, de ahí las frases:

- El estancamiento energético bloquea los colaterales y con frecuencia produce estancamiento sanguíneo (气滞阻络多成血瘀 *Qi Zhi Zu Luo Duo Cheng Xue Yu*)⁴.
- Una lesión crónica (de cientos de días), “los colaterales sanguíneos quedarán necesariamente dañados” (百日久恙, 血络必伤 *Bai Ri Jiu Yang, Xue Luo Bi Shang*)⁵.
- “初痛在经, 久必入络” un dolor inicial se encuentra en los canales, uno crónico necesariamente a penetrado a los colaterales⁶.
- También “cualquier situación patológica que penetra a los colaterales ocasiona estancamiento sanguíneo (各种病对损害→入络→血瘀 *Ge Zhong Bing Yin Sun Hai Luo Xue Yu*)”⁷.

Por todo lo anterior, los autores del presente artículo consideran que “el estancamiento sanguíneo inicia y termina en los colaterales”. En consecuencia, para sanar los colaterales es necesario hacer que la sangre vuelva a circular de manera adecuada dentro de estos pequeños vasos sanguíneos.

Con el objeto de relacionar el fenómeno 络 (*Luo*) colateral con estructuras descritas por la ciencia moderna, consideramos que se puede relacionar con los siguientes elementos: Capilares, Arteriolas pequeñas, Fascias, Estroma tisular y Matriz extracelular.

Capilares

Esta extensa red microscópica de vasos sanguíneos —que en la antigüedad no se pudo ubicar por razones obvias— donde se lleva el intercambio de nutrientes, productos de desecho, oxígeno⁸, etc. es una de las expresiones más elocuentes del fenómeno colateral. En condiciones como el frío o el enojo, los colaterales, disminuyen su circulación. Esto se ha demostrado mediante diferentes técnicas de microscopía de la circulación

de capilares⁹, tal como lo refiere la Medicina Tradicional China (MTC).

Arteriolas pequeñas

Son las pequeñas arteriolas microscópicas que circulan entre los tejidos, como los nervios (*vasa nervorum*), en las paredes de los vasos grandes (*vasa vasorum*), las vainas musculares en el perimio, etc.

Fascias

El sistema de las fascias se define como parte del tejido conectivo que, a modo de red interconectada, se adecúa a las necesidades tensionales de los tejidos a los que rodea. Se considera un sistema de comunicación que va más allá del sistema nervioso; además es el sistema más extenso del cuerpo y conecta con todos los otros sistemas¹⁰.

Estroma

El aparato de sostén que da la estructura a los órganos y que —aunque mantiene relaciones funcionales muy estrechas y fundamentales con el parénquima— es la red que permite el funcionamiento celular, a modo de red. Sin duda se debe considerar dentro del sistema de colaterales. Patologías en que se deben usar métodos para romper el estancamiento sanguíneo (asociado directamente con los colaterales), hay hipertrofia del estroma como en mastopatía fibroquística¹¹, hipertrofia prostática benigna, ovario poliquístico, etc.

Matriz extracelular

La matriz extracelular (MEC)—red tridimensional donde se llevan a cabo procesos de intercambio de productos de desecho y nutrientes, considerada como el tercer sistema de comunicación, así como una de las regiones más importante para mantener la homeostasis de la célula— es donde interactúan un sinnúmero de sustancias que permiten la comunicación intercelular. Gracias a esta región se puede llevar a cabo la comunicación endocrina, paracrina y autocrina; la respuesta inmune, la angiogénesis y la regeneración tisular; así como uno de los elementos más importantes para el establecimiento de la fibrosis. Muchos de los elementos relacionados con la fisiopatología de la lesión crónica del tejido blando —que propuso Zhu Hanzhang, el inventor de la *acutomedicina*— se originan en la MEC, como son la cicatrización imperfecta, la denervación celular, las alteraciones de regeneración, las alteraciones de la adecuada generación y transmisión de fuerzas mecánicas y eléctricas (piezoelectricidad). Sin duda es uno de los componentes más importantes del fenómeno “colaterales” descrito por los chinos hace más de 2.000 años¹².

Dentro de la MEC existen algunas proteínas que pueden penetrar al interior de la célula; están en estrecha relación con receptores de membrana y su comunicación puede ser muy rápida, la difusión de gases como el O₂, el CO₂, óxido nítrico, etc.¹³.

La aplicación de procedimientos terapéuticos sobre puntos y su acción sobre la sangre y la energía de los canales

tienen un efecto más importante sobre parte de las funciones de los propios canales. Como, por ejemplo, cuando se pretende descender o ascender su energía; incrementar la energía sobre un órgano, víscera o sistema energético; eliminar las energías patógenas, etc. Pero las modificaciones funcionales que experimentan los canales cuando se aplica algún estímulo acupuntural sobre los puntos ubicados en los canales no la reciben de manera importante o directa los colaterales. A pesar de que los colaterales reciben la energía de los canales, no es lo mismo que si los colaterales recibieran el estímulo de manera más directa. Al método terapéutico que tiene acción principalmente sobre los colaterales y que impacta más sobre la sangre se lo denomina “acupuntura horizontal”.

Por esta razón hay ciertos procedimientos terapéuticos que no tienen acción sobre los canales, y sí de manera directa sobre los colaterales; su impacto es más “horizontal” y no tanto vertical. Por ejemplo: 刮痧 (Guasha); ciertas técnicas de masaje como la tracción-pellizco de la piel de la columna (捏脊 Nie Ji, tronada del empacho); aplicación de ventosas; la ozonoacupuntura; ciertas técnicas de acutomedicina en las que están involucrados ciertos complejos —como el complejo del músculo trapecio, del glúteo mayor, de la cintilla iliotal, del deltoides, etc.—, pero la reina de la acupuntura horizontal es la plotoacupuntura (浮针 Fu Zhen).

Su acción es totalmente horizontal (no es sobre los puntos) y sus principales indicaciones son los procesos obstructivos que se manifiestan por distensión, disestesias, dolor; así como otras alteraciones relacionadas con obstrucción. El dolor, de acuerdo con la MTC, con la obstrucción y la falta de nutrición de sangre y energía, al trabajar sobre lo horizontal, lo está haciendo casi exclusivamente sobre colaterales: no usa puntos, no usa canales, no se relaciona con la dirección de la sangre y la energía dentro de los canales.

Es evidente que al estudiar estas técnicas se debería considerar la acupuntura de lo horizontal; la acupuntura tradicional es la acupuntura de lo vertical y está basada en los canales, la horizontal se basa en los colaterales. Ambas se complementan, una es Yin (vertical profundo), otra es Yang (superficial).

En este aspecto de los colaterales se puede incluir lo siguiente:

- Los capilares (C) y vasos tanto arteriales (A) como venosos microscópicos (como los vasos que nutren la pared de los vasos sanguíneos o de los nervios periféricos es decir los *vasa vasorum* y los *vasa nervorum*).
- Algunas fascias (F) o la dirección de las fibras de algunas de las fascias como la fascia cervical, la toracolumbar, la abdominal, la palmar, la plantar, etc.
- El tejido fibroso que sostiene la arquitectura y estructura (E) de los tejidos: como pulmón, hígado, riñón, bazo, corazón, tiroides, testículos, útero, próstata, etc.
- La matriz extracelular (M).

Así aparece la palabra nemotécnica CAFE-M.

Este sistema permite la integridad de todo el organismo, de tal forma que, el cuerpo se comporte como todo un sistema integrado y no como un conjunto de partes amontonado, esas partes integradas es cruzado, atravesado por los canales, pero lo que establece la integración es el sistema de colaterales. Así patologías, cuyos procesos fisiopatológicos modifiquen la

función capilar o de los pequeños vasos, como los *vasa vasorum*, que afecten las fascias, el estroma tisular o la MEC, se relaciona con patología de colaterales y su principal procedimiento terapéutico será avivar la sangre en los colaterales y romper estancamiento sanguíneo, en la MTC se usan términos como: 活络 *Huo Luo*, (dar vida a la sangre dentro de los canales) 通络 *Tong Luo* (drenar los colaterales), 活血丸瘀, 舒筋活络 *Huo Xue Hua Yu, Shu Jin Huo Luo* (avivar la sangre romper estancamiento sanguíneo, relajar los tendones y avivar la sangre en los colaterales). En la MTC, uno de los aspectos fundamentales para relajar los tendones (incluye las fascias) es que debe haber una buena circulación de sangre en los colaterales. Enfermedades que se observan claramente en las arteriopatías observadas en los pacientes con diabetes tipo 1¹⁴, como las microangiopatías que se presentan en la diabetes, la lesión ocasionada por ciertos productos usados en la quimioterapia contra el cáncer —como se verá más adelante— son susceptibles de ser tratadas eficazmente con procedimientos para avivar los colaterales.

Las alteraciones de la MEC se relacionan con patologías muy diversas como hernias¹⁵ o cirrosis hepática¹⁶ y también son susceptibles de ser tratadas con métodos que impactan sobre los colaterales y poco sobre procedimientos que impactan o actúan solo sobre los puntos.

Uno de los principales métodos para trabajar sobre los colaterales es la técnica conocida como colateropunción-ventosas (刺络拔罐 *Ci Luo Ba Guan*), que se podría definir como punción de colaterales-aplicación de ventosas. Esta se ha investigado y usado en el tratamiento de patologías en las que se desarrolla fibrosis o lesiones de fascias, del estroma tisular o la MEC, alteraciones de los *vasa nervorum* como neuropatía diabética¹⁷⁻¹⁹; hipertensión de la extremidad superior por apoplejía²⁰; mastopatía quística difusa²¹⁻²⁴; neuralgia postherpética²⁵⁻³⁸; hombro doloroso³⁹⁻⁴⁵; espondilopatía cervical⁴⁶⁻⁵²; espondilopatía cervical tipo vascular⁵³⁻⁵⁶; parálisis facial rebelde^{57,58}; asma crónica^{59,60}; gonartrosis del anciano^{61,62}; acné⁶³⁻⁶⁹; esclerodermia⁷⁰⁻⁷²; esguince agudo de tobillo^{73,74}; cefalea de origen cervical^{75,76}; secuelas de EVC^{77,78}; inflamación pélvica crónica^{79,80}; cefalea de origen vascular^{81,82}; espondilitis anquilosante^{83,84}; gota⁸⁵⁻⁸⁷; enfermedad de Parkinson⁸⁸; neuralgia del trigémino⁸⁹⁻⁹²; urticaria⁹³; prostatitis crónica⁹⁴, e hipertrofia prostática⁹⁵.

En el proceso fisiopatológico de estas patologías, de manera directa o indirecta, hay afectación de algunos de los aspectos relacionados con el fenómeno de los colaterales; es decir, con algún aspecto de los capilares o vasos muy pequeños, como es el caso de la neuropatía diabética, de las alteraciones vasculares (secuelas de EVC, por afección de los *vasa vasorum*) o bien de la MEC, como es el caso de la espondilitis anquilosante (entesopatía); del tejido de sostén de alguna estructura, como es el caso de la mastopatía quística difusa; o de las fascias, como es el caso de las espondilopatías.

La plotoacupuntura se ha usado en el tratamiento de las siguientes patologías: hombro doloroso^{96,97}, hombro doloroso posterior a EVC⁹⁸; cólico menstrual⁹⁹⁻¹⁰¹; codo de tenista¹⁰²⁻¹⁰⁷; hernia discal¹⁰⁸⁻¹¹⁰; herpes zóster y neuralgia posherpética¹¹¹⁻¹¹⁵; inflamación pélvica crónica¹¹⁶; espondilopatía cervical y lumbar¹¹⁷⁻¹²⁸; gota¹²⁹; cefalea vascular¹³⁰; espondilitis anquilosante¹³¹; coxalgia¹³²; costocondritis^{133,134}; lesión del bíceps braquial¹³⁵, y lesión de los gemelos¹³⁶.

Tabla 1 – Diferencias entre acupuntura vertical y horizontal

	Acupuntura vertical	Acupuntura horizontal
Sitio de acción principal	Canales	Colaterales
Acción principal sobre	Energía	Sangre
Tipo de estimulación	Vertical	Horizontal
Tiempo de permanencia de la aguja	Prolongado	Corto
De Qi	Necesario	No necesario
Sitio de acción	Puede ser puntual, local, regional o distal	Local, regional
Principales efectos terapéuticos	Patología, miscelánea	Principalmente dolor

Como se puede observar, existe una gran similitud entre las indicaciones para la plotoacupuntura y la colateropunción-ventosas; por lo que se puede considerar que tienen mecanismos de acción similares. Estos procedimientos son los métodos que se relacionan más con la acupuntura horizontal.

Una de las técnicas que más se usan en la clínica es la aplicación de mini *acutomedicina* sobre ciertos complejos tendinomusculares, como el complejo del trapecio, del deltoides, del dorsal ancho, del glúteo mayor, de la cintilla ilioltibial, etc. Su efecto es más horizontal que vertical, más superficial y más regional. Esta es otra forma de hacer acupuntura horizontal.

Por otra parte, existen algunos otros métodos poco explorados por los terapeutas chinos y por el momento no se tiene evidencia en trabajos de investigación clínica tan bien documentados como de las otras dos técnicas. La ozonoacupuntura aplicada sobre estas regiones o la aplicación de ozono-colaterales que se hace en el tratamiento de ciertas patologías —como el tratamiento de artrosis, el tratamiento de ciertas dermatitis como la psoriásica o la eccematosa, así como en la región plantar para el tratamiento de la fascitis plantar, etc.— son otros ejemplos de acupuntura horizontal. Las observaciones clínicas muestran que este procedimiento resulta de gran utilidad en el manejo de patologías referidas para estas técnicas.

Al tratarse con fitoterapia tradicional china patologías como la hipertrofia prostática, se prefieren fórmulas que tienen la función de avivar la sangre y romper el estancamiento sanguíneo (*Huo Xue Hua Yu*)¹³⁷⁻¹⁴⁴.

Por otra parte, dada la distribución horizontal de los colaterales, se puede entender por qué una patología de las vísceras se puede reflejar en la región posterior del cuerpo, por ejemplo, cuando hay estancamiento sanguíneo derivado de algún proceso ulceroso de estómago o intestino, el dolor se puede referir en la región dorsal; la característica del dolor es tipo piquete o pinchazo, fijo, más intenso por la noche y acompañado de otros datos de estancamiento sanguíneo. En estos casos, el uso de alguna de las técnicas de acupuntura horizontal como colateropunción-ventosas, *Guasha*, plotoacupuntura, sangría de la región (sin ventosas), tanto en la región anterior como posterior, resulta efectivo e incluso más efectivo que la aplicación de punción vertical local o distal.

La aplicación de ventosas a retención también puede considerarse un procedimiento que impacta sobre los colaterales, aunque no sea punción. La aplicación de moxibustión, suspendida y regional también es una técnica que tiene impacto sobre los colaterales más que sobre los canales; razón por la cual es uno de los procedimientos más importantes para tratar un esguince agudo o en el manejo de hematomas postraumáticos.

Se puede decir que el sistema de colaterales es un sistema casi olvidado por la acupuntura y otras ramas terapéuticas de la MTC. La acupuntura tradicional se ha basado más en un método “vertical” más de puntos, más de canales. Consideramos que se debe estudiar más a fondo el sistema de los colaterales, explorarlo en el tratamiento de las patologías cuyos procesos fisiopatológicos se relacionen con el daño a las estructuras CAFE-M. De esta manera se puede ser más eficiente en el tratamiento de muchas patologías en las que la acupuntura tradicional no obtiene buenos resultados (tabla 1).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Zhicong Z. *黄帝内经灵枢集注*. 学苑出版社; 2006.
- Hanqing D. *针灸指南*; 1295.
- Xuemin S, editor. *针灸学*. Gao deng jiao yu chu ban she; 2007.
- Disponible en: <http://www.jibingnet.com/jiankang/zyys/56168.asp>. [consultado diciembre 2017].
- Li S. 清 (1746). *叶天士《临证指南医案》*; 2010.
- Peiqin L. *类证治裁*. 艺术中国网; 1959.
- Shaoneng L, 刘为民. 从络脉理论探讨肝纤维化证治规律. *中国中医药信息杂志*. 2003;10:3-4.
- Dzwiniel W, Boryczko K, Yuen DA. A discrete-particle model of blood dynamics in capillary vessels. *J Colloid Interface Sci*. 2003;258:163-73.
- Abo T, Watanabe M, Tomiyama C, Kanda Y. On/off switching of capillary vessel flow controls mitochondrial and glycolysis pathways for energy production. *Med Hypotheses*. 2014;83:99-100.
- Oschman JL. Fascia as a body-wide communication system. En: Schleip R, Findley TW, Chaitow L, Huijing PA, editores. *Fascia: The Tensional Network of the Human Body - E-Book. The science and clinical applications in manual and movement therapy*. Edinburgh: Elsevier; 2012. p. 103-5.
- Nomikos A, Thomas J. Breast diseases associated with systemic medical disorders. *Diagnostic Histopathology*. 2017;23:179-87.
- Álvaro Naranjo T, Noguera-Salvá R, Fariñas Guerrero F. La matriz extracelular: morfología, función y biotensegridad (parte I). *Rev Esp Patol*. 2009;42:249-61.
- Xing Q, Zhang L, Redman T, Qi S, Zhao F. Nitric oxide regulates cell behavior on an interactive cell-derived extracellular matrix scaffold. *J Biomed Mater Res A*. 2015;103:3807-14.
- Rubinát E, Ortega E, Traveset A, Arcidiacono MV, Alonso N, Betriu A, et al. Microangiopathy of common carotid vasa

- vasorum in type 1 diabetes mellitus. Atherosclerosis. 2015;241:334-8.
15. Pascual González G, Bellón Caneiro JM. Alteraciones de la matriz extracelular del tejido conectivo en el proceso de herniogénesis inguinal. Revista Hispanoamericana de Hernia. 2013;1:27-36.
 16. García Buey L, González Mateos F, Moreno-Otero R. Cirrosis hepática. Medicina-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2012;11:625-33.
 17. 刘雅静. 针刺加刺络拔罐法治治疗糖尿病周围神经病变临床疗效观察. 吉林中医药. 2008;28:198-99.
 18. 丁淑强. 电针刺络拔罐并用治疗糖尿病周围神经病变 48 例. 中国中西医结合杂志. 2007;27:843.
 19. 赵钟. 针刺结合刺络拔罐法治治疗糖尿病周围神经病变 52 例. 广西中医药. 2009;3232-4.
 20. 倪卫民, 沈洁. 刺络拔罐法对减低中后上肢肌张力增高的临床研究. 上海针灸杂志. 2004;23:10-1.
 21. 李梦楠. 天宗穴刺络拔罐治疗乳腺增生 20 例. 针灸临床杂志. 2011;27:45-6.
 22. 胡苗苗, 庞勇, 陶继恩, 韦秋连, 熊广明. 背俞穴刺络拔罐疗法对乳腺增生 50 例近期疗效观察. 中医外治杂志. 2012;214:38-9.
 23. 方芳, 学汝松, 刘云涛, 桂桂华, 许期. 天宗穴刺络拔罐治疗乳腺增生的效果. 广东医学. 2016;37:1881-3.
 24. 段芳燕, 曾科学. 期日背俞穴刺络放血结合拔罐治疗乳腺增生 20 例疗效观察. 云南中医中药杂志. 2014;35:50-1.
 25. 余春艳, 陶群, 董高宏. 刺络拔罐治疗带状疱疹神经痛的研究. 中国临床康复. 2002;6:875.
 26. 黄学勇. 刺络拔罐加灸治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察. 中医临床杂志. 2009;1.
 27. 刘铭. 电针加刺络拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛 25 例临床观察. 江苏中医药. 2008;40:52-3.
 28. 李高来. 刺络拔罐配合体针治疗难治性带状疱疹后遗神经痛. 中国民间疗法. 2011;19:22-3.
 29. 陈鹏飞, 郑崇勇. 电针加刺络拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛临床观察. 现代临床医学. 2010;36:45-6.
 30. 查孟祥, 谢作群, 陈先威, 陈德秀, 陈德市. 刺络拔罐治疗中老年带状疱疹疗效观察. 上海针灸杂志. 2008;27:20-1.
 31. 李力. 刺络拔罐放血疗法治疗带状疱疹后遗神经痛 22 例. 中国中医药现代远程教育. 2011;90:41-2.
 32. 高月江, 刘汉山. 刺络拔罐结合针刺治疗带状疱疹后遗神经痛 30 例. 中医外治杂志. 2009;6:34-5.
 33. 卢乐苗. 刺络拔罐加灸法治治疗带状疱疹后遗神经痛 48 例. 浙江中医药大学学报. 2010;4.
 34. 段大翔. 调神通经针法配合刺络拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛 42 例疗效观察. 黑龙江中医药. 2011;40:48-9.
 35. 傅海扬, 盛灿若. 针刺结合刺络拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛 15 例. 江苏中医药. 2009;12:64.
 36. 傅海扬, 盛灿若. 针刺结合刺络拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛 15 例. 江苏中医药. 2009;12:64.
 37. 晁光强, 周建华. 针灸结合刺络拔罐治疗带状疱疹后遗肋间神经痛 25 例. 中医外治杂志. 2014;2:36-7.
 38. 任珊. 刺络拔罐治疗带状疱疹后遗神经痛的临床研究. 河南中医学院学报. 2009;24:72-3.
 39. 程永, 林晓梅, 成卓, 吴凯. 运动针法配合刺络拔罐治疗肩周炎 40 例疗效观察. 新中医. 2005;37:60-1.
 40. 潘长青. 针刺反可穴配合刺络拔罐治疗肩周炎 18 例临床观察. 中医药导学. 2011;17:70-1.
 41. 陈建军. 2009. 电针加刺络拔罐治疗肩周炎疗效观察. 针灸临床杂志;25(1):27-28.
 42. 张泽荣. 筋结点电针加刺络拔罐治疗肩周炎疗效观察. 上海针灸杂志. 2012;31:906-7.
 43. 张国富, 李永. 针刺配合刺络拔罐治疗肩周炎 250 例临床分析. 河北中医. 1996;4:34.
 44. 许刺络拔罐法治治疗肩周炎 50 例疗效观察. 中国临床医生. 2001;29:48.
 45. 崔峻, 徐杰. 局部刺络拔罐治疗初期肩周炎 116 例. 上海中医药杂志. 2003;37:43.
 46. 张毅敏. 大椎穴刺络拔罐治疗颈椎病 120 例临床对照研究. 四川中医. 2006;24:107-8.
 47. 廖小七, 李接凤, 刘海宏. 经刮痧配合刺络拔罐治疗颈型颈椎病 39 例. 上海针灸杂志. 2004;23:28.
 48. 邵敏, 刘堂义. 大椎刺络拔罐为草治疗颈椎病 93 例临床观察. 上海针灸杂志. 2003;22:20-1.
 49. 王仙梅, 周顺信. 电针加刺络拔罐治疗神经根型颈椎病 66 例. 陕西中医. 2004;25:60-1.
 50. 许刺络拔罐配合颈椎夹脊刺治疗颈椎病 52 例. 中国中西医结合急救杂志. 2009;16:115.
 51. 程小平, 马志芳, 李翠萍. 针刺配合刺络拔罐治疗颈性眩晕 58 例. 现代中医药. 2002;3:24.
 52. 吴九伟. 电针加刺络拔罐治疗颈椎病 66 例临床观察. 中西医结合学报. 2003;1:214.
 53. 曾红文, 聂斌, 黄年斌. 刺络拔罐配合温针治疗椎动脉型颈椎病的疗效分析. 上海针灸杂志. 2007;26:8-10.
 54. 王希琳, 张喜晓. 刺络拔罐配合针刺治疗椎动脉型颈椎病临床观察. 广西中医药. 2011;34:23-5.
 55. 王耀, 高珊, 瞿敏红, 王越敏. 刮痧刺络拔罐法对椎动脉型颈椎病椎动脉血流动力学的影响. 上海中医药杂志. 2012;46:48-9.
 56. 洒玉萍. 大椎刺络拔罐为草治疗椎-基底动脉供血不足 35 例. 河北中医. 2007;29;1:46-7.
 57. 李宁. 刺络拔罐治疗顽固性面瘫的临床观察. 针灸临床杂志. 2009;2.
 58. 崔新华, 魏秀娥, 荣良群, 杨森, 朱本亮, 胡玉婷, 董米. 经筋透刺并刺络拔罐治疗周围性面神经麻痹. 实用全科医学. 2007;5:979-80.
 59. 耿立梅, 于向艳. 刺络拔罐治疗慢性持续期哮喘的作用机制研究. 中国全科医学. 2011;7:801-3.
 60. 杜宇征, 于涛. 针刺及刺络拔罐治疗缓解期哮喘. 中国临床康复. 2006;10:170.
 61. 宋亚光. 刺络拔罐法治老年性膝关节炎 120 例. 针灸临床杂志. 1999;15:23-4.
 62. 贺郭江, 孙玉玲. 针刺加刺络拔罐治疗老年性膝骨性关节炎 46 例. 中医药研究. 1994;4:50.
 63. 吴芳芳, 杨素清, 张淑杰. 背俞穴刺络拔罐治疗青春型痤疮. 齐齐哈尔医学院学报. 2010;10:1586.
 64. 郑雪梅. “与火针”局部点刺配合背俞穴刺络拔罐治疗痤疮 330 例. 陕西中医. 2010;31:727-8.
 65. 吴凤珍. 刺络拔罐结合挑刺治疗痤疮 78 例. 江西中医药. 2002;33:37.
 66. 李红枝. 刺络拔罐法治痤疮 40 例. 上海针灸杂志. 2006;25:42.
 67. 熊涛, 段修芳. 刺络拔罐法治痤疮疗效观察. 针灸临床杂志. 2005;21:36.
 68. 王斌. 刺络拔罐治疗面部痤疮 42 例. 中国美容医学. 2010;19:582.
 69. 吴芳芳, 祝丽华, 官风云. 背俞穴刺络拔罐法治治疗青春型肺胃热盛型痤疮的临床观察. 针灸临床杂志. 2012;8:23-5.
 70. 唐英. 电针配合刺络拔罐治疗局限性硬皮病 52 例. 上海针灸杂志. 2008;27:29.
 71. 赵志芬. 温针灸配合刺络拔罐治疗局限性硬皮病 8 例. 陕西中医. 2002;18:20.
 72. 唐英. 电刺配合刺络拔罐治疗局限性硬皮病疗效观察. 针灸推拿医学: 英文版. 2011;9:154-5.
 73. 王文智. 刺络拔罐治疗急性踝关节扭伤 73 例. 上海针灸杂志. 2009;28:282.
 74. 曾小香, 梁进晓. 输穴刺络拔罐治疗急性踝关节扭伤临床观察. 上海针灸杂志. 2006;25:25-6.
 75. 梁树艺, 范洪力. 上部刺络拔罐为草治疗颈源性头痛 53 例. 福建中医药. 2009;40:30-1.
 76. 庄伟斌, 庄渊辉. 推拿刺络拔罐加手法治疗颈源性头痛 40 例. 中国健康月刊: A. 2011;30:245-6.
 77. 唐英, 严郭慧. 刺络拔罐放血法治治疗中风偏瘫 56 例分析. 中医药学刊. 2005;23:124.
 78. 李安. 刮痧刺络拔罐治疗中风后遗症 40 例. 陕西中医. 2008;9.
 79. 李桂敏, 包飞建, 马美荣, 田林忠. 刺络拔罐综合法治治疗慢性盆腔炎 100 例. 国医论坛. 1990;1:18.
 80. 张玉欣, 王卉. 刺络拔罐综合法治治疗慢性盆腔炎 100 例. 国医论坛. 1997;12:38.
 81. 杨拓. 大椎穴刺络拔罐法治治疗血管性头痛 15 例. 云南中医中药杂志. 2011;32:51-2.
 82. 张伟, 常虹, 张玉芝, 王颖. 针刺配合刺络拔罐治疗血管神经性头痛疗效观察. 山西中医. 2014;30:33-4.
 83. 王文, 张依. 背部输穴刺络拔罐放血法治治疗强直性脊柱炎 37 例. 中医研究. 2010;23:73-5.
 84. 姚怡. 刺络拔罐并温针灸治疗强直性脊柱炎临床观察. 陕西中医. 2011;32:735-7.

85. 黄桂英. 针刺配合刺络拔罐治疗痛性关节炎 32 例. 山东中医杂志. 2006;25:467-8.
86. 陈雷. 刺络拔罐法治疗急性痛风 39 例. 上海针灸杂志. 1999;18:30.
87. 覃志周, 高召杨, 吴金玉, 唐宇俊, 黄志敏, 江旖旎, 邱少彬. 刺络拔罐放血疗法治疗急性痛风性关节炎疗效观察. 中医临床杂志. 2016;4:542-5.
88. 丁淑强. 针刺配合刺络拔罐治疗震颤麻痹 87 例疗效观察. 遼寧中醫雜誌. 2006;33:737.
89. 朱艳. 针刺配合电针及刺络拔罐治疗原发性三叉神经痛 26 例. 云南中医中药杂志. 2011;32:68-9.
90. 张继红, 寇胜玲, 灵龟八法加刺络拔罐治疗三叉神经痛. 针灸临床杂志. 2003;19:34.
91. 韩永耀, 黄文权, 张英, 刘玉翠. 针刺结合刺络拔罐治疗三叉神经痛 30 例. 实用中医药杂志. 2012;28:768-9.
92. 张继红. 针刺加刺络拔罐治疗三叉神经痛. 河北中医药学报. 2003;18:41.
93. 张江层. 针刺配合刺络拔罐治疗荨麻疹 60 例. 陕西中医. 2011;32:82.
94. 朱政衡, 曹玉沁. 刺络放血拔罐法治疗慢性前列腺炎 146 例. 云南中医中药杂志. 2016;37:49-50.
95. 周世杰, 吕松芬. 络刺法治疗慢性前列腺炎 104 例. 河南中医. 1992;12:286-7.
96. 周文学, 譙原芳. 浮针治疗肩周炎 100 例. 人民军医. 2001;44:603.
97. 陆瑾, 孙建华, 符戴华, 袁朝虹, 李静, 吉安庆. 浮针治疗肩周炎的即刻疗效及安全. 中国针灸. 2008;28:414-6.
98. 符戴华. 浮针疗法治疗偏瘫性肩痛的疗效观察. 新疆中医药. 2000;18:28-9.
99. 职良喜. 浮针疗法治疗原发性痛经的随机对照观察. 中国针灸. 2007;27:18-21.
100. 黄海涛, 焦建凯. 浮针疗法治疗痛经 34 例临床观察. 中医药学报. 2012;4:64-5.
101. 周晓. 浮针配合中药热敷治疗原发性痛经疗效观察. 上海针灸杂志. 2014;9:826-8.
102. 查和萍, 熊艳红, 黄伟昌. 浮针治疗顽固性网球肘疗效观察. 中国针灸. 2014;9:611-612.
103. 刘志良, 潘清洁. 2011. 浮针疗法治疗网球肘疗效观察. 上海针灸杂志. 2004;30:693-4.
104. 黄桂英, 符戴华. 浮针治疗网球肘 48 例临床观察. 中国针灸. 1998;18:563-4.
105. 夏东斌, 黄泳. 浮针结合电针治疗网球肘的疗效观察 [doctoral dissertation]; 2004.
106. 张继红. 浮针结合电针治疗带状疱疹后遗神经痛. 河北中医药学报. 2011;26:41.
107. 何煜才, 王涛. 浮针疗法治疗肱骨外上髁炎 64 例. 河南中医. 2011;31:786-7.
108. 张计臣, 徐贵. 上海针灸杂志. 2011;30:472-4.
109. 李昌主. 浮针治疗腰间盘突出症疗效观察. 中国针灸. 2001;21:529-30.
110. 周海东, 姜兴鹏, 陈伟, 唐峰. 电针配合浮针针刺法治疗腰间盘突出症疗效观察. 上海针灸杂志. 2011;30:312-4.
111. 刘悦, 杨海清, 陆彦青. 浮针配合穴位注射治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察. 上海针灸杂志. 2011;30:551-3.
112. 袁佳. 浮针疗法治疗带状疱疹性神经痛. 中国康复. 2005;20:49.
113. 姬成茂, 傅兰英. 腹针加浮针治疗带状疱疹后遗神经痛疗效观察. 针灸临床杂志. 2006;22:33-4.
114. 林雪霞, 刘悦, 蔡高丁. 浮针配合穴位注射治疗带状疱疹后遗神经痛效果观察. 护理学杂志: 综合版. 2006;21:11-2.
115. 李黄彤, 曹金雄, 冯西湖, 符戴华. 浮针疗法治疗带状疱疹后遗神经痛 56 例. 福建中医药. 1999;30:27.
116. 李锦晓, 谭香琼. 浮针缓解慢性盆腔炎疼痛的临床观察. 现代医院. 2008;8:60-1.
117. 刘建萌. 浮针治疗颈椎病的临床观察. 针灸临床杂志. 2005;21:31-2.
118. 符戴华, 邓燕. 浮针治疗神经根型颈椎病临床观察. 中医研究. 1999;12:53-4.
119. 陆丽晓, 林建, 朱美华, 施建中, 丁久红, 符戴华. 浮针治疗慢性腰部软组织疼痛的临床评价. 临床麻醉学杂志. 2005;21:827-8.
120. 杨方剑. 浮针治疗腰间盘突出 40 例疗效观察. 实用中西医结合临床. 2006;6:61-2.
121. 张建宏, 范建中, 齐志强. 浮针治疗腰三横突综合征的疗效观察. 中国康复理论与实践. 2005;11:752-3.
122. 陈龙. 浮针治疗腰间盘突出症的疗效观察. 现代中西医结合杂志. 2011;20:4206-7.
123. 张秋玲, 吴扬扬. 浮针治疗椎动脉型颈椎病 45 例. 陕西中医. 2009;30:1054-5.
124. 陈莉秋, 张娜, 马庭秀. 浮针疗法在腰间盘突出症治疗中的临床应用. 中华全科医学. 2010;8:741-2.
125. 李新伟, 邵朝辉, 谭克平. 浮针治疗腰三横突综合征疗效观察. 上海针灸杂志. 2013;32:38-40.
126. 谢朝晖, 唐朝勇. 浮针联合枝川疗法治疗颈型颈椎病临床观察. 实用骨科杂志. 2004.
127. 马明玉, 罗梦辉, 王艳梅, 马志国, 吕俊勇, 王宝利. 中医正骨配合针刀及浮针治疗神经根型颈椎病 198 例疗效观察. 河北中医. 2012;7:1037-8.
128. 李静, 陆瑾, 丁勤能, 段光宇, 童凯, 唐玉艳. 针刺夹脊穴结合浮针对腰间盘突出症镇痛镇痛的观察. 中国针灸. 2011;31:887-91.
129. 李昌主. 浮针疗法治疗急性痛风性关节炎疗效观察. 辽宁中医杂志. 2005;32:1069.
130. 陶琪彬. 浮针治疗血管神经性头痛. 上海针灸杂志. 2004;23:12.
131. 王英杰, 丘文静. 浮针治疗强直性脊柱炎 20 例疗效观察. 风湿病与关节炎. 2014;3:28-30.
132. 张亚平. 浮针治疗尾痛症 24 例疗效观察. 云南中医中药杂志. 2003;24:48.
133. 林朝山, 周左涛. 浮针加铺灸治疗非特异性肋软骨炎 34 例疗效观察. 河北中医. 2005;27:609.
134. 冯豪. 浮针疗法治疗肋软骨炎 56 例. 浙江中医杂志. 2009;10:757.
135. 方震宇, 郎伯旭. 浮针配合针刺阳陵泉治疗肱二头肌长头肌肌腱炎疗效观察. 上海针灸杂志. 2010;29:787-8.
136. 付高勇, 周文学, 喻勇. 浮针治疗腓肠肌损伤 56 例. 中国针灸. 2011;31:246.
137. 杨朝梅, 孙效东. 池肾活血丸瘀软坚治疗老年前列腺肥大 45 例. 安徽中医临床杂志. 1996;8:22.
138. 王林, 周仕铁, 邵继春, 张蜀武. 池肾活血丸类中药复方治疗良性前列腺增生的系统评价. 中华男科学杂志. 2004;10:785-9.
139. 杨欣, 张永华, 丁彩飞, 颜志中, 倪卫东. 补气活血丸瘀中药对大鼠前列腺增生组织血管新生及 bFGF 表达的影响. 中华中医药杂志. 2009;24:780-3.
140. 齐放. 丸瘀法治疗前列腺增生所致癃闭. 北京中医. 1998;17:51-3.
141. 孙聿修. 前列腺肥大从瘀论治五法. 江苏中医. 1995;16:15-6.
142. 褚致凯. 滋池肝肾活血丸瘀汤治疗老年性前列腺肥大 90 例. 中外医疗. 2010;29:118.
143. 王复主. 滋肾活血法治疗前列腺肥大急性尿潴留. 中医杂志. 1980;5:8.
144. 周虎, 俞庆福. 活血丸瘀法对前列腺增生症血浆内皮素的影响. 实用中西医结合临床. 2004;4:21-2.