

PUNTOS REFLEXÓGENOS DE LA ESPALDA

Dr. José M^a Gil Vicent. GBMOIM

A lo largo de toda la región axial de la espalda, sobre la columna vertebral y sus regiones limítrofes, se localizan numerosos puntos sensibles, cuya estimulación por medios físicos manuales (presión fija, presión movimiento, percusión repetida, masaje, masaje con vacío o punción con agujas) o también por estimulación eléctrica (excitación con corrientes puntuales de Arsonval o con láser), son capaces de generar respuestas reflejas de localización cercana o a distancia, y cuya distribución sigue a veces esquemas metaméricos, a veces esquemas segmentarios y otras veces lo hace sin esquemas en los que poder basar una explicación de carácter científico y racional.

Estas respuestas reflejas, a veces útiles para el diagnóstico y otras veces empleadas en algunos tratamientos, se rigen en su producción y distribución por unas leyes conocidas como Leyes de los Reflejos y son cinco:

1.- *Ley de Unilateralidad:* Una estimulación débil sobre un punto del raquis produce un reflejo en las fibras motoras de la médula, que salen del mismo lado y al mismo nivel al que llegan las fibras excitadas.

2.- *Ley de Simetría:* A una estimulación más intensa corresponde una mayor respuesta refleja que se manifiesta igualmente en el punto simétrico del lado opuesto del cuerpo.

3.- *Ley de la Irradiación:* A una estimulación aún más intensa corresponde una acción refleja que se manifiesta también en los centros de otros niveles de la columna vertebral, siempre en el mismo sentido de abajo arriba, es decir , desde la médula distal hacia la médula oblonga.

4.- *Ley de la Generalización:* A una estimulación todavía más intensa corresponde una acción refleja general que se propaga en todos los sentidos, pues siendo la excitación bastante fuerte para llegar, además del bulbo, a la protuberancia, la respuesta hará de la médula un potente foco del que se irradiarán todos los reflejos.

5.- *Ley de Charles Henry:* Cuando se produce un reflejo muy potente o de mucha duración, sobrepasando con ello ciertos límites, este reflejo, aún tratándose de una reacción psicológica, primero va aumentando, luego decrece y finalmente cambia de signo, es decir, se invierte.

A estas cinco leyes, Van Steen añade otra que podríamos considerar como la *Ley de la Persistencia del Reflejo*.

6.- *Ley de la Persistencia*: Un reflejo determinado, provocado por un estímulo de una potencia y una duración apropiadas, se reproduce a intervalos regulares a lo largo de 24 horas, sin que sea posible forzar al organismo a reproducirlo, ni con intervalos más cortos ni con una intensidad más fuerte.

Los estudios del neurólogo Albert Abrams a lo largo de la primera década del siglo XX, dieron lugar a varios descubrimientos en el campo de los reflejos cardíacos y pulmonares, algunos de los cuales aún hoy llevan su nombre (entre ellos el reflejo vértebro-cardíaco) y en 1910 a la aparición de un libro suyo "*La Espondiloterapia*" (fisioterapia de la espina vertebral basada en un estudio de la fisiología clínica, para el tratamiento de las enfermedades), a cuyos estudios y práctica dedicó el resto de su vida.

En la aplicación de esta terapia, mediante la percusión repetida de un punto vertebral (generalmente se hacía sobre la superficie cutánea del relieve de una apófisis espinosa o en el segmento cutáneo interespinoso), se generaba un estímulo, que de manera inmediata o retardada desencadenaba una respuesta "activadora" de carácter reflejo, que se generalizaba por toda la metámera en sentido bilateral, influyendo tanto en los tejidos de cobertura corporal (piel, tejido celular subcutáneo y fascias superficiales) como en las estructuras profundas (fascias compartimentales y aponeuróticas, músculos, las divisiones compartimentales de los órganos profundos, etc.) y en los propios órganos viscerales (corazón, pulmones, intestinos, glándulas de secreción, etc.)

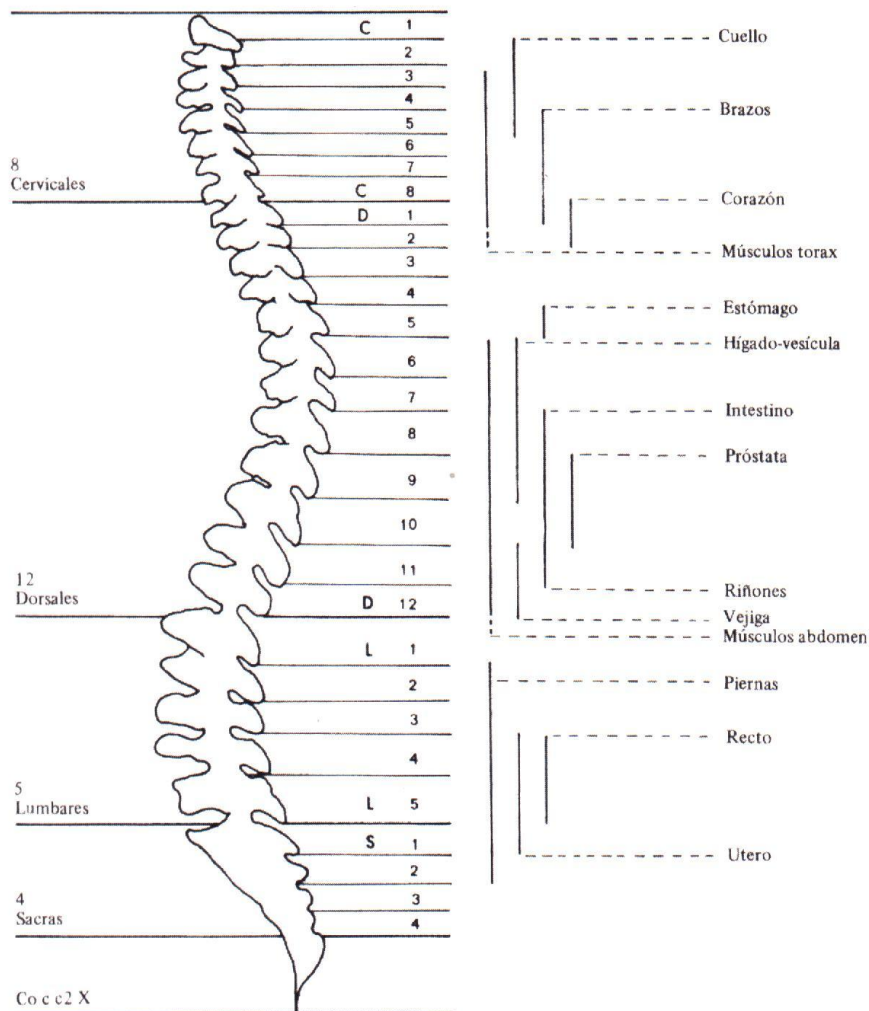
Si el estímulo, en lugar de provocarlo en la línea media, es decir, en las apófisis espinosas y los espacios interespinosos, se aplicaba en áreas más o menos reducidas de las regiones paravertebrales, también se generaba la respuesta refleja, pero como en este caso el estímulo era unilateral, también lo era la respuesta refleja que, si bien en principio sólo se extendía a la metámera correspondiente del lado estimulado y a sus respectivos órganos de influencia, al insistir en el estímulo por mas tiempo, la respuesta refleja dtambién se producía , aunque con menor intensidad, en la metámera del otro lado, activándose también la respuesta refleja en los órganos de manera bilateral.

En sus estudios del mecanismo del reflejo, Abrams describió tres tipos respuestas a los estímulos vertebrales:

- **Una respuesta miotáctica**, de carácter motor, que es de tipo metamérico.
- **Una respuesta zonal vegetativa**, de carácter previsible, de tipo segmentario.
- **Una respuesta refleja**, de carácter mixto y con predominio indistinto de la vertiente sensitiva, de la motora, de la vegetativa o autónoma o de varias de ellas a la vez, esta sí muchas veces imprevisible y siempre de carácter eminentemente reflejo.

Así pues, dependiendo de su complejidad, la respuesta al estímulo recibido podrá ser más o menos lógica, previsible o incluso imprevisible, lo que nos obliga a ser conocedores de estas respuestas para evitar, mediante la toma de precauciones y el acierto en la aplicación del estímulo, la aparición de efectos contrarios o indeseables, cuyas consecuencias nos resulte difícil poder controlar. Por ello necesitamos tener un buen conocimiento previo, tanto de las áreas tratables como de las respuestas que podemos esperar de tales tratamientos.

El primer intento de sistematización y localización de los puntos y áreas excitables para el tratamiento reflejo a distancia, fue precisamente el Dr. Albert Abrams y a él precisamente debemos el esquema siguiente, en el que podemos observar la correspondencia refleja entre órganos y vértebras (incluidas zonas paravertebrales).



Sólo nos resta, pues, conocer los distintos puntos que se pueden considerar excitables en el raquis y en las regiones paravertebrales.

1) Puntos Espinosos o Epiespinosos:

Se sitúan sobre el saliente palpable más o menos redondeado bajo la piel, que corresponde a la punta de las apófisis espinosas.

A nivel cervical, al tacto resultan más anchos que largos, a causa de que las apófisis en su extremo suelen ser bituberosas. Sólo se palpan bien la 1ª, la 2ª, la 6ª y la 7ª. Para palpar el resto (3ª, 4ª y 5ª), hay que provocar una flexión del cuello “relajada”, es decir una flexión pasiva suave con el paciente tendido en decúbito supino, de manera que su cuello relajado descansa sobre nuestras manos.

A nivel dorsal las apófisis espinosas son puntiformes, más salientes por la cifosis fisiológica y más palpables que en el resto del raquis.

A nivel lumbar son voluminosas y a la palpación resultan más largas que anchas, al tratarse de apófisis muy robustas. La espinosa de la 5ª lumbar en algunas ocasiones es difícilmente palpable, sobre todo en pacientes con hiperlordosis o con apófisis espinosa especialmente corta o inexistente (como en los casos de raquisquisis y de espina bífida)

Acción refleja: Se trata de puntos centrales, cuya respuesta a la estimulación mecánica directa o eléctrica irradia en todos los sentidos (ascendente, descendente, transversal y en sentidos oblicuos)

Los efectos más potentes son los que se alcanzan en horizontalidad (hacia ambos lados), coincidiendo con la irradiación neurológica metamérica.

Le siguen en intensidad los efectos segmentarios, que van más allá de las irradiaciones metaméricas por depender exclusivamente de la distribución inervante de las raíces posteriores.

Finalmente, su estimulación puede provocar respuestas a “distancia”, éstas exclusivamente de carácter reflejo, hasta hora de difícil explicación, aunque por sus características, parecen ser casi siempre de origen dural.

2) Puntos Interespinosos:

Se sitúan en los espacios interespinosos. Éstos se identifican fácilmente por palpación (hundimiento del dedo entre espinosas) y el dolor en los mismos se explora mediante presión con un borde romo (como puede ser la anilla de una llave antigua, el reborde romo de un reloj o de un pequeño plato, etc.), lo que nos ayuda muchas veces a identificar el segmento donde se sitúa el sufrimiento articular.

En raquis lumbar estos espacios son más estrechos que en las regiones dorsal y cervical.

Acción refleja: Como en el caso anterior, la respuesta del efecto estimulativo irradia en todos los sentidos, pero sobre todo en sentido lateral y “en profundidad”, lo que hace que esos puntos sean ideales para tratar mediante su estimulación la sintomatología de los órganos internos relacionados metaméricamente con ellos.

En ocasiones, el simple tratamiento de este punto puede solucionar el cuadro de un dolor metamérico irradiado en cinturón o en hemicinturón, sobre todo cuando estos dolores son de origen discal.

3) Puntos Laminares:

Situados inmediatamente a los lados de las espinosas, en posición derecha o izquierda, quedan sobre las láminas, identificándose por palpación entre la espinosa y el resalte de los macizos articulares de cada lado.

Acción refleja: Su efecto de respuesta es unilateral a baja estimulación y bilateral cuando ésta es de alta intensidad, pero siempre predominando el efecto homolateral en el lado estimulado.

Su estimulación repetida provoca el fenómeno de la sensibilización espinal segmentaria (SES).

4) Puntos Articulares:

En orden de separación desde el centro, estos puntos se sitúan sobre los propios macizos articulares, siendo más palpables en raquis cervical y dorsal, donde no deben confundirse con el resalte que provocan las apófisis transversas, que quedan un poco más separadas de la línea media.

Acción refleja: Su estimulación es la que más efectos metaméricos y segmentarios provoca, sobre todo en el territorio sensitivo de la rama posterior de la raíz nerviosa correspondiente a los niveles limitantes (superior e inferior).

Una estimulación más intensa de este punto puede alcanzar también los niveles vecinos en orden de proximidad.

Sobre estos puntos pueden aplicarse estímulos fisioterápicos de efectos antiálgicos, que en orden a su duración alcanzarán también los distintos niveles antes dichos y los órganos internos de ellos dependientes.

5) Puntos Transversos:

Dorsales

Los más palpables son los del raquis dorsal, por el gran tamaño que alcanzan en esta región las apófisis transversas al incurvarse hacia atrás para que apoyen en ellas los arcos posteriores de las costillas. Ello hace que a este nivel exista un segundo punto articular, correspondiente precisamente a la articulación costotransversa.

Acción Refleja: La estimulación de estos puntos produce efectos de carácter unilateral, que en el caso de las articulaciones costotransversas, tienen más efecto en territorios y órganos dependientes de la rama anterior de la raíz espinal.

Lumbares:

A nivel lumbar, las apófisis transversas son más difíciles de palpar por situarse sobre las mismas la masa muscular correspondiente al músculo cuadrado lumbar (cuadrado de los lomos) que es bastante voluminosa y resistente. Precisamente este músculo es el responsable de las contracturas musculares paravertebrales de la región lumbosacra. Por ello, para su identificación se utiliza un tipo de palpación especial combinando la presión digital vertical por fuera de la línea de las espinosas para deprimir los tejidos blandos y a la vez la presión horizontal de fuera a dentro una vez alcanzada la depresión de dichos tejidos.

Entre todos los puntos transversos lumbares, destaca el punto de la transversa de L3 (punto áptico-transverso o punto de Sturniolo), que es a la vez un punto de diagnóstico y de tratamiento; y que resulta muy interesante tratar en los casos de lumbociática de origen no discal.

Acción refleja: La estimulación de estos puntos provoca la relajación muscular del cuadrado lumbar del lado correspondiente y secundariamente la mejoría de la sintomatología lumbociática cuando ésta es de origen no discal.

Sus efectos se centran más en las zonas inervadas por la rama posterior de la raíz espinal y actúa según niveles, mejorando en el caso L1 y L2 la sintomatología del Síndrome doloroso de la Charnela dorsolumbar o toracolumbar (incluidos los pseudo trastornos ginecológicos y el meteorismo), así como el dolor en punto de cresta, la trocanteritis y los síntomas de los llamados síndromes ciáticos cortos, caracterizados sobre todo por los dolores lumboilíacos y de las regiones glúteas.

6) Puntos Radiculares:

Son los puntos situados en las zonas intertransversas. Están situados por fuera de las articulares y a mayor profundidad que éstas y su localización es de tipo aproximativo. Lo que sí es importante es calcular su profundidad a la hora de actuar sobre ellos con estímulos de tipo eléctrico (corrientes de Arsonval o también con rayos laser), ya que precisamente en su zona de localización se encuentra la división de las ramas anterior y posterior de la raíz raquídea y el ganglio espinal.

Los puntos radiculares se distribuyen por raíces, no por vértebras, de manera que corresponden a 8 puntos cervicales (vértebras cervicales sólo hay siete pero raíces cervicales hay ocho), 12 puntos dorsales (vértebras hay 12) y 6 puntos lumbares (vértebras hay 5) al verse incluida en esta valoración la raíz S1.

Acción refleja: Su estimulación, dependiendo del nivel, provoca respuestas que alcanzan prácticamente todas las estructuras y órganos internos que vienen reflejados en las tablas de distribución neurológica de Dittmar. ⁽¹⁾

7) Puntos Sacros:

a) Suprasacrales: Se localizan sobre el sacro, en la línea media. Se identifican por palpación como relieves de la cresta sacra. Son 5 y corresponden a las espinosas del bloque sacro. El primero falta en la Anomalía de Ankin y en las raquisquisis de la 1^o vértebra sacra.

b) Foraminales: Situados a ambos lados, entre la cresta sacra y el relieve de la espina posterosuperior del ilíaco. Son 4 a cada lado.

c) Sacrocoxígeo: Correspondería al punto interespinoso entre S5 y 1^{er} anillo coxígeo.

Acción refleja: La estimulación de los primeros **(a)** es de tipo óseo y se rige por las mismas leyes de difusión refleja del resto de las espinosas vertebrales y su influencia orgánica lo hace de acuerdo a la distribución señalada por Abrams.

La estimulación de las segundas **(b)** afecta sólo las áreas de influencia sensitiva de las ramas posteriores sacras.

La estimulación de las últimas **(c)** tiene acción sobre las escasas ramas posteriores y anteriores de las raíces residuales a dicho nivel (zona muscular del elevador del ano y zona visceral del recto y del propio ano).

8) Puntos sacroilíacos

Son dos a cada lado, uno superior y uno inferior.

El superior es eminentemente mecánico, localizable por palpación en la foseta interna tras la espina ilíaca póstero-superior.

El inferior, de influencia más orgánica y visceral, se localiza por detrás y algo por encima del resalte ilíaco posteroinferior.

Acción refleja: Su estimulación, en el caso del superior, influye en el comportamiento doloroso de las ciáticas bajas (raíces L5 y S1) y en la mecánica dolorosa de la marcha.

La estimulación del inferior provoca respuestas que tienen su influencia en territorio visceral, en las zonas dependientes neurológicamente del Nervio Pudendo, lo que ha influido en la creencia de que su estimulación provoca respuestas beneficiosas en los problemas de impotencia en el varón y en la pérdida de deseo sexual en la mujer, lo que no pasan de ser meras apreciaciones empíricas. Sin embargo, sí que se ha comprobado que el tratamiento del punto inferior mejora la sintomatología dolorosa local en la dispareunia (coito doloroso) en la mujer.

Para mejor comprensión de la distribución de respuestas reflejas de tipo óseo y radicular, aconsejo consultar el contenido del libro "**El Masaje con ventosas**"⁽²⁾, de acuerdo a los siguientes apartados:

- **Para las respuestas a estímulos óseos:** Las distribuciones de Abrams "en concreto" y las de Ferrándiz "en difuso" (páginas 89 a 95 del libro).
- **Para las respuestas a estímulos nerviosos viscerales:** el cuadro de Dittmar (página 55 del libro)
- **Para las respuestas vegetativas de Simpático y Parasimpático:** las ampliaciones de Ferrándiz a la distribución de correspondencia refleja entre órganos y vertebras de Abrams y los esquemas de los Quiroprácticos (páginas 95 a 103 del libro)

(1) Friedrich Dittmar: "*Die Neuritopische Diagnose und Therapie innerer Krankheiten*". Karl F. Verlag. Heidelberg, 1961.

(2) José M^a Gil Vicent: "*El Masaje con Ventosas*". MT Editores. Barcelona 2005.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRAMS, Albert: "*Spondylotherapy*". Philopolis Press. 3ª Edic. 1912.
- BERGSMANN, O. "*Projektionssymptome*". Aufl. Fakultas Universitätsverlag. Viena, 1990.
- BOSSY, J.: "*Bases Biológicas de las Reflexoterapias*". Masson. París-Barcelona, 1985.
- BOURDIOL, R.J.: "*Réflexothérapie Somatique*". Maisonneuve. París, 1883.
- DICKE, Elisabeth: "*Thérapie Manuelle des Zones Réflexes du Tissu Conjonctif*". Maloine S.A. París, 1981
- DITTMAR, Friedrich: "*Die Neurotopische Diagnose und Therapie innerer Krankheiten*". Karl F. Verlag. Heidelberg, 1961.
- GIL VICENT, José M^a. : "*El Masaje con Ventosas*". M & T Editores. Barcelona, 2004.
- GLEDITSCH, J.: "*Reflexzonen und Somatotopien*". WBC-Biol. Med. Verlag GMBH. Schondorf, 1983.
- OHASCHI, Wataru: "*Acupuntura sin agujas*". Martinez Roca. Barcelona, 1983.
- ORGERET, Gilles: "*Terapia Manual del Sistema Miofascial*". Masson. Barcelona, 2002.
- REGIMBEAU, Ch.: "*Manuel de Massage Poctural et des Plexus*". Maloine. París, 1978.
- SAMBUCY, A.: "*Masaje Vertebral*". Edit. Hisoano-Ruropea. Barcelona, 1986.
- STAEHLE, Jacques: "*Effacez vos Douleurs*". J.P.Elarge, editor. Paris, 1980.
- TOURGEON, M.: "*La Reflexología y su Salud*". Lidium. Buenos Aires, 1990.
- VAN STEEN,L.: "*Le Réflexe Vértébral*". Maloine. París, 1981.
- YOU-WA, Chen: "*Masaje Energético*". Robin Book. Barcelona, 1992.