

Fundamentos para un protocolo diagnóstico palpatorio con orientación integrativa.

Francesc Miralles Garcia¹, Joaquim Planas Ramírez, Manel Bochaca Broch.

¹ Carretera de Taialà, 21. 17007 Girona.

972213117. francescmiralles@telefonica.net.

Profesor de la Fundación Europea de MTC.

Resumen:

El protocolo propuesto en este artículo integra tanto la visión neurofisiológica, representada por las teorías establecidas por Henri Jarricot – dermalgias viscerocutáneas – y Frank Chapman – puntos de reflejo neurolinfático – con las aportaciones al diagnóstico mediante palpación establecidas por la MTC, puntos Shu-Dorsales, Mu-Frontales y Xi-Hendidura.

El diseño de una aplicación que permita integrar las visiones neurofisiológica y energética – propia de la Medicina Tradicional China (MTC) – necesita definir un marco neutro con entidad holística propia. Tanto la teoría metamérica como la capacidad integrativa del tejido conjuntivo permiten dicha consideración global que permite establecer relaciones con la teoría de meridianos y puntos de la MTC.

Abstract:

The main purpose of this paper is the development of a pattern of palpatory diagnosis based on the synthesis of two different therapeutic systems: the neurophysiological theories set out by Henri Jarricot and Franck Chapman and the meridian theory propounded by Traditional Chinese Medicine (TCM).

The design of an application which integrates energetic (TCM) and neurophysiologic perspectives does need a neutral and holistic framework. Both, the theory of metamere and the integrative role of the connective tissue, present such a global consideration that allows to wield relations to the theory of meridians and points (TCM).

Introducción

Para el profesional de la MTC, la convivencia con las denominadas Ciencias de la Salud constituye una realidad cotidiana de gestión desigual. La necesidad de contrastar los resultados clínicos mediante los estándares que ha fijado nuestra sociedad, construidos mediante las aportaciones de la ciencia moderna, ha ocasionado una situación paradójica: la imposibilidad de demostrar aquello que sabemos que funciona.

Este problema, que generalmente tiene su raíz en la disparidad metodológica entre biomedicina y medicina tradicional, provoca que - en la mayoría de ocasiones - sea una aplicación concreta de la MTC la que se ponga en función de unos estándares creados para medir otro tipo de conceptos.

La MTC se fundamenta en el holismo individualizado mientras la ciencia moderna pretende universalizar un resultado analítico. Afirmar que ambos acercamientos a la realidad son contrarios sería caer en la obcecación pero la necesidad de construir un nuevo modelo a partir del cual poder establecer un marco comparativo es fundamental.

Este artículo tiene como principal objetivo la presentación del esquema metodológico propuesto para establecer un protocolo de palpación diagnóstica que contenga tanto la visión neurofisiológica avalada por la ciencia moderna – neuralgias viscerocutáneas de H. Jarricot y puntos neurolinfáticos de F. Chapman – como aquellos elementos de diagnóstico palpatorio más utilizados en MTC, con excepción de la toma del pulso. Asimismo, en el presente artículo también se recogen los principales hallazgos en la aplicación de dicho método.

El modelo experimental resultante carece de la pérdida de rigor de otros modelos basados en la interpretación en uno o en otro sentido, puesto que para su elaboración se han tenido en cuenta los siguientes aspectos: elección de la metámera como común denominador entre neurofisiología y MTC, preservación de las técnicas palpatorias propias de cada técnica, así como la elaboración de las áreas palpatorias que contengan tanto puntos de acupuntura como neuralgias viscerocutáneas y puntos neurolinfáticos colindantes.

Los estudios realizados desde la perspectiva científica que tratan de ofrecer una explicación moderna a los mecanismos de funcionamiento de la acupuntura se centran

fundamentalmente en la acción del sistema nervioso, analizando tanto las imágenes resultantes de estímulos aferentes – mediante MRI, por ejemplo – como sus consecuencias eferentes posteriores, midiendo respuestas nerviosas o humorales. El conocimiento parcial del sistema nervioso en su conjunto, puede constituir en si mismo un importante sesgo en la elaboración de un estudio científico, por lo que es importante contar con otras unidades sistémicas de características globales que nos permitan establecer respuestas paralelas y comparadas. En este sentido cabe destacar la labor de la Dra. Langevin y su equipo (Langevin, 2002), en la demostración tanto del rol integrador del tejido conjuntivo y sus relaciones anatómicas con la teoría de canales y puntos, así como las consecuencias fisiológicas en la manipulación de planos fasciales mediante agujas de acupuntura.

Por lo tanto, en la elaboración del modelo propuesto, no solamente se ha tenido en cuenta la teoría metamérica sino también la función integrativa del tejido conjuntivo para la obtención de una base teórica que contenga, a la vez, las interacciones tanto nerviosas como humorales.

Material y Métodos.

El método del trabajo es inductivo y documental. La recopilación y selección de los datos bibliográficos se realizó utilizándose tanto material impreso publicado como bases de datos científicas, especialmente PubMed.

El material utilizado para el análisis anatómico y fisiológico se basa tanto en las neuralgias viscerocutáneas definidas por Jarricot (Sadowsky, 2005) como de los puntos neurolinfáticos de Chapman (Chaitow, 1988).

Las referencias metaméricas en los puntos de Jarricot se incluyen implícitamente, en cuanto a los puntos de Chapman han sido trasladadas al mapa metamérico establecido en el atlas de anatomía Sobotta (Putz & Pabst, 2004).

Los puntos de acupuntura que intervienen directamente en la teoría de diagnóstico palpatorio según la MTC – puntos Mu-Frontales, Shu-Dorsales, Xi-acumulación, así como puntos colindantes – han sido escogidos (Gardner-Abbate, 2001), localizados (Deadman, Al-Khafaji & Baker, 2005) y atribuidos a mapa metamérico establecido anteriormente.

La inervación segmentaria de las áreas donde se localización los puntos de acupuntura ha sido utilizada como elemento auxiliar para la atribución a una determinada región metamérica (Chen, 1995). Se ha rectificado la atribución dermatómica de C4 al punto de acupuntura P 1 en base al modelo de distribución metamérica escogido; mucho más coherente por la compartición del dermatoma de D2 junto al punto Shu-Dorsal de pulmón, V 13.

Los métodos de palpación establecidos respetan los autores originales, definiéndose tres tipos: pinza rodada (Chaitow, 1988) para las dermalgias, palpación fascial (Chaitow, 2001) para los puntos neurolinfáticos, así como la palpación directa – palpación diagnóstica tradicional en MTC – para los puntos de acupuntura (Gardner-Abbate, 2001).

La inclusión de los puntos Xi como puntos diagnósticos responde su ubicación en áreas de planos fasciales profundos responde, tanto a la necesidad clínica de considerar otro sistema de interacción global orgánica (Langevin, 2002). Por otra parte, la inspección palpatoria de puntos Xi en el diagnóstico constituye una práctica común en la MTC (O'Connor & Bensky, 1981).

El artículo presenta las tablas y figuras utilizadas para sistematizar y organizar la síntesis del protocolo palpatorio.

Resultados.

El modelo resultante de la síntesis de los tres sistemas se divide en zonas, regiones y áreas.

Se establece un protocolo partiendo de las especificaciones de Chapman (Chaitow, 1998). El inicio de la palpación se realiza en la zona anterior y la presencia de una formación nodular fascial se comprueba inmediatamente en el punto análogo ubicado en la zona posterior, sólo así se puede sospechar de una afectación visceral. Una vez completada la palpación anterior y posterior se procede a la inspección de los puntos Xi de los meridianos relacionados.

1. Tipos de palpación:

1.1 Pinza rodada: realizada mediante el desplazamiento de un pliegue de piel ubicado entre los dedos pulgar e índice. Se realiza con ambas manos sobre la misma área. Dolor, sensación lacerante o alteración en la sensibilidad serán tomados como signos positivos (Chaitow, 1988).

1.2 Palpación fascial: Se sitúa la mano en pronación y el pulgar en una flexión que no supere los 90°, el resto de dedos – a modo de fulcro – se sitúan en posición natural. Se realiza un desplazamiento del pulgar por encima de la piel, en dirección al resto de dedos, buscando la profundidad de contacto con la fascia. La presencia de dolor o de alteraciones nodulares serán tomados como signos positivos (Chaitow, 2001).

1.3 Palpación directa: Tipo de palpación habitual en MTC. Se realiza con las yemas de los dedos segundo, tercero y cuarto aunque a veces también se utiliza la yema del pulgar, especialmente para valorar las áreas intercostal, dorsal y esternal. Se acepta la palpación perpendicular a la piel pero la más común es la palpación oblicua, realizada unos 15° en el área infraxifoidea hasta 45° en el resto de puntos. En este tipo de palpación se tendrá en cuenta la profundidad superficial – indicando, como la pinza rodada, una alteración del dermatoma – así como la palpación media – terreno fascial – o la profunda, significativa del miotoma. En alteraciones dolorosas aparecidas mediante una palpación profunda, cabe tener en cuenta que el miotoma reflejado puede no coincidir con el dermatoma de la zona, siendo importante considerar la inervación segmentaria de la musculatura en las áreas donde se localizan los puntos de acupuntura (Gardner-Abbate, 2001).

2. Descripción del mapa palpatorio.

El mapa se divide en región anterior y posterior. Mientras que la región anterior se subdivide en zona torácica y en zona abdominal, la posterior se divide en zona dorsal, zona toracolumbar y zona lumbosacra. Cada una de las zonas se divide en áreas menores que constituyen las verdaderas áreas de palpación.

Región Anterior. Zona Torácica. Se distribuye desde el borde superior del manubrio esternal hasta el extremo inferior del apéndice xifoides o zona de Ren 14, como se puede observar en la figura 1. Esta zona consta de 6 áreas de palpación.

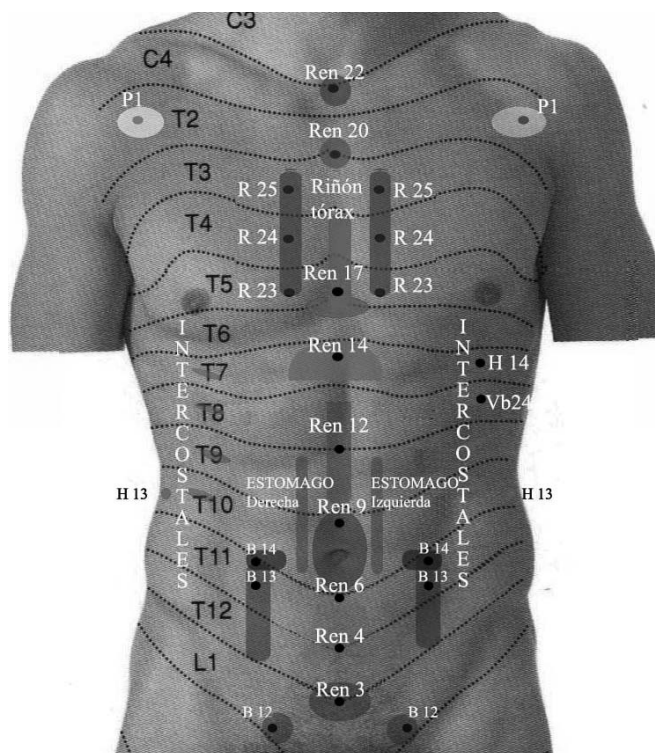


Figura 1. El mapa anterior

Región Anterior. Zona Abdominal.

Situada inferiormente a la zona de Ren 14 hasta la sínfisis púbica, abarcando los dermatomas de D8 a L1. Como se puede observar en la figura 1, consta de 7 áreas. El área intercostal comprende los bordes mediales intercostales sexto a décimo más el extremo de la onceava costilla. Los dos espacios superiores incluyen los puntos H 14 y Vb 24, mientras que el área localizada inferiormente a la onceava costilla incluye el punto H 14.

A continuación se incluyen las tablas resumen de las posibles alteraciones a la palpación de cada área: palpación en pinza rodada (PR), fascial (PF) o directa (PD) pueden reportar indicios patológicos distintos.

La tabla 1 incluye la patología de la zona torácica, mientras que la tabla 2, se refiere a la patología de la zonal abdominal.

Tabla 1. Región anterior. Zona torácica

P 1	<p>PR:</p> <p>PF: metámera de C5 a D1- pectorales mayor y menor</p> <p>PD: C5 a C7 – bíceps, coracobraquial y deltoides</p> <p>Vías respiratorias altas, sinusitis, asma, disnea, diagnóstico diferencial de la tos: emocional o cardiopática.</p> <p>Alteraciones digestivas que causan problemas respiratorios, edema y alteraciones circulatorias causadas por una función pulmonar deficiente, bocio o dolor lumbar (alteración conjunta pulmón - riñón)</p>
Ren 20	<p>PR: esofagitis o alteraciones respiratorias</p> <p>PF:</p> <p>PD:</p>
Riñón R23 a R25	<p>PR:</p> <p>PF: R 24 - R 25: tiroides bronquitis, esofagitis o miocarditis – especialmente en el lado izquierdo.</p> <p>La inferior también refiere alteraciones respiratorias y/o emocionales, especialmente a la izquierda</p> <p>PD:</p>
Ren 17	<p>PR: patología respiratoria, cardiovascular: palpitaciones, cardiopatías, taquicardias. Patología digestiva de tipo disfagia, alteración funcional del cardias, ansiedad, estrés o depresión.</p> <p>A la izquierda puede indicar patología digestiva mientras, mientras que centrada en el esternón puede indicar alteraciones gástricas.</p> <p>PF: a la derecha podría indicar una congestión hepática o biliar; a la izquierda una alteración en el vaciado gástrico.</p> <p>PD:</p>
Ren 14	<p>PR:</p> <p>PF: palpación intercostal, sobre el séptimo espacio intercostal, a la derecha: alteración pancreática; a la izquierda, de tipo esplénico.</p> <p>PD: base del xifoides relacionada con patología cardíaca o del cardias, hernia de hiato. Si aparición de dolor, tensión o latido cardíaco en la zona infraxifoidea, indica patología visceral gástrica.</p> <p>Gran reactividad en caso de desequilibrio emocional.</p>

Tabla 2. Región Anterior. Zona abdominal	
Ren 12	PR: área superior: disfunción hepática; área inferior: alteraciones de estómago
	PF: (latido cardíaco y palpación molesta): alteración gástrica
	PD: área superior: alteraciones del corazón manifestadas en la esfera visceral o emocional
Ren 9	PR:
	PF: nódulos: disfunción adrenal
	PD: cistitis y otros problemas de gestión de líquidos.
Supraumbilical de estómago	PR: superior derecha: patología biliar y de vías biliares - colecistitis, colelitiasis - congestión gástrica y diarrea.
	PF:
	PD: Inferior derecha: estado del sistema inmunitario y del pulmón Superior izquierda, de craneal a caudal, alteraciones pancreáticas, yeyuno o duodeno, patología emocional – ansiedad o frustración reprimida.
Ren 6 Ren 4	PR:
	PF:
	PD: fisiología renal y de intestino delgado, próstata, útero, ovarios, trompas y zona de salpinges y patología asociada. Alteraciones en el metabolismo y conducción de los líquidos.
Ren 3 y B 12	PR: Vejiga, uretra y útero. Las zonas inferiores y laterales refieren patología uterina.
	PF:
	PD:
B 13 y B 14	PR: patología intestinal. A la derecha: patología cecal, vermicular o del colon ascendente. A la izquierda, de superior a inferior, patología de colon descendente, sigmoides o recto.
	PF: Derecha: sistema inmunitario. Izquierda: estado del hígado y patología emocional.
	PD:
Intercostal	PR:
	PF: octavo y noveno espacios intercostales: alteraciones funcionales del intestino delgado
	PD: sexto y séptimo espacios intercostales: patología hepatobiliar. Bajo la onceava costilla (H 13) estado general del sistema digestivo, hepatobiliar e intestinal; valoración del cuadrado lumbar y diafragma

Región Posterior. Zona Dorsal. Esta zona se distribuye desde el borde inferior de la apófisis espinosa de la primera vértebra dorsal hasta el borde inferior de la apófisis espinosa de la octava vértebra dorsal. Como se ilustra en la figura 2, la zona dorsal se subdivide en tres áreas, el área de V 13 (que incluye los puntos V 11, Du 13, V 13, Du 12 y V 42), área de V 15 (incluye los puntos V 14, V 15 y Du 11) y el área de V 17 (incluye V 16, V 17, Du 9 y el punto extra Yi Shu).

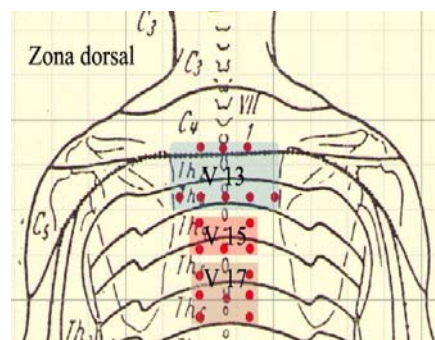


Figura 2. Zona Dorsal

Región Posterior. Zonas toracolumbar y lumbosacra. La zona toracolumbar, área de V18, se distribuye en la zona delimitada por los puntos acupunturales V 18, V 19, V 20, V 21 y V 22, ubicados bilateralmente 2 cun bajo las apófisis espinosas de D9 a L2. La zona lumbosacra se subdivide en dos áreas, V 23 y V 28. El área de V 23 incluye los puntos de V 23 y V52, mientras que el área de V 28 incluye los puntos V 27, V 28, V 29, V 31 y V32. Las zonas toracolumbar y lumbosacra se ilustran en la figura 3.

A continuación, en las tablas 3 y 4 aparecen descritas las alteraciones más comunes en la región posterior, teniendo en cuenta la palpación específica en cada área.

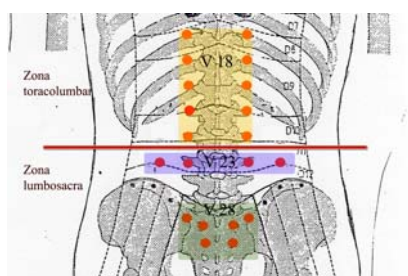


Figura 3. Zonas toracolumbar y lumbosacra

Tabla 3. Región posterior. Zona dorsal	
V13	<p>PR: indica disfunción respiratoria y pulmonar (tos, asma o alteración visceral del pulmón). Sobre el ángulo superior derecho indica esofagitis.</p> <p>PF: disfunción músculo esquelética (trapecio, romboides, tendón del serrato posterior superior y erectores de la columna)</p> <p>PD: en adición a la PR, en el borde interno de la escápula: alteración emocional relacionada con tristeza o pena.</p>
V15	<p>PR: disfunción cardíaca o coronaria.</p> <p>PF: metámera de C3 a C5 (trapecio y romboides), disfunciones hepáticas y de la vesícula biliar</p> <p>PD: metámera de D1 a D6 (tendón del serrato posterior superior y erectores de la columna). Disfunción cardíaca o coronaria, alteraciones psicoemocionales (ansiedad, depresión y angustia), afectación psicomotriz y neurológica, patología de la lengua y de la boca.</p>
V 17	<p>PR:</p> <p>PF: patología muscular (trapecio, romboides, dorsal ancho y erectores de la columna), esplenitis o alteraciones del páncreas.</p> <p>PD: dolor u opresión torácica, hernia de hiato, plenitud epigástrica, hiperacidez o hipercongestión gástrica.</p>

Tabla 4. Región Posterior. Zonas toracolumbar y lumbosacra	
V18	<p>PR: disfunción hepática, biliar y de las vías biliares; estomacal, intestinal y de la absorción de alimentos.</p> <p>PF: patología muscular: metámeras de C3 a C4 (trapecio), de C6 a C8 (dorsal ancho), D9 a D11 (tendón del serrato posterior inferior) y de D9 a L1 (erectores de la columna).</p> <p>PD: disfunción hepática, biliar y de las vías biliares; estomacal, intestinal y de la absorción de alimentos. Colecistitis, ictericia, fatiga, apatía, diarrea, anorexia, prolapsos, aerofagia e hipo.</p>
V23	<p>PR: patología renal y de suprarrenales.</p> <p>PF: metámera de C6 a C8 – fascia toracolumbar y tendón del dorsal ancho. D12 a L3 (plexo lumbar a nivel profundo), inervación glútea y erectora de la columna a nivel medio.</p> <p>PD: patología renal y de suprarrenales, patología genitourinaria. Cansancio, falta de voluntad e iniciativa, depresión. Patología reumática, mareos, memoria disminuida, acúfenos, debilidad en las piernas, cálculos urinarios, sordera crónica.</p>
V28	<p>PR:</p> <p>PF:</p> <p>PD: patología relacionada con la función reproductora, patología relacionada con la vejiga urinaria.</p>

La inervación segmentaria de los puntos de acupuntura Shu-Dorsales y Mu-Frontales – así como la propia de puntos útiles para el diagnóstico localizados en el tronco – permite organizar, alrededor del dermatoma, una tabla que incluya tanto los puntos de acupuntura como las dermalgias viscerocutaneas de Jarricot y los puntos de reflejo neurolinfático de Chapman (Chaitow, 1998).

En la tablas 5 a 9 se incluyen las correspondencias metaméricas entre puntos de acupuntura, dermalgias y puntos neurolinfáticos que constituyen el paso previo a la síntesis del mapa palpatorio.

Tabla 5. Región anterior. Zona torácica.				
Área	Punto	Dermatoma	Jarricot	Chapman
Ren 22	Ren 22	C3 – C4	Ansiedad II (C3)	
Ren 20	Ren 20	D2 – D3	Esófago (D2)	
P 1	P 1	D2		Parte de la zona de neurastenia, zona de OTRL.
Riñón (Torácica)	R 23, R 24, R 25	D3 a D5	Izquierda: Plexo cardíaco (D3- D4), Ansiedad I (D5)	Tiroides, bronquitis, esófago, miocarditis, pulmón superior y pulmón inferior, lengua
Ren 17	Ren 16, Ren 17, Ren 18	D4 a D6	Cardias (D5)	Estenosis pilórica. Hiperacidez (izquierda)
Ren 14	Ren 14, Ren 15, R 20, R 21	D6 – D7	Plexo solar (D7) Derecha: Esplénica y Vesícula Biliar (D7), Izquierda: Esplénica y páncreas (D7)	Hipercongestión gástrica, parte zona de neurastenia, congestión hígado y vesícula (bordes costales, a la derecha)

Tabla 6. Región anterior. Zona abdominal.				
Área	Punto	Dermatoma	Jarricot	Chapman
Ren 12	Ren 10, Ren 11, Ren 12, Ren 13	D8 – D9	Hígado (D8), Estómago (D9)	
Estómago	E 25, E 24, E 23, E 22, E 21	D9 – D10	Derecha: - D9: Vesícula Biliar, vías biliares y duodeno. Izquierda: - D9: Páncreas y yeyuno. - D10: ileon y ángulo esplénico	
Ren 9 (periumbilical)	Ren 7, Ren 8, Ren 9, R 16	D10		Cistitis, Riñón, adrenal.
B 14	B 13, B 14	D11 – D12	D11: Salpinges y trompas de Falopio Izquierda: Colon descendente. Derecha: Colon ascendente. D12: Riñón (sobre EIAS). Izquierda: sigmoides, recto.	
Ren 6 a Ren 4	Ren 6, Ren 5, Ren 4	D11 – D12	D11: Plexo hipogástrico, útero y próstata. D12: Vejiga	
Ren 3 y B 12	Ren 3, Ren 2, B 12	D12 - L1	D12: Vejiga L1: Ovario (de EIAS a pubis).	Ovarios, útero, fibroma, uretra, tensión abdominal, próstata, cistitis
Intercostal	H 14, Vb 24, H 13	D7 a D10		Esplenitis (izquierda), Páncreas (derecha) Intestino delgado,

Tabla 7. Región posterior. Zona dorsal.				
Área	Punto	Dermatoma	Jarricot	Chapman
V 13	Du 13, Du 12, V 13, V 12, V 11, V 42	D2 a D4	Esófago superior, pulmón, plexo cardíaco	Tiroides, esófago, bronquitis, miocarditis, pulmón superior e inferior, neuritis extremidad superior, neurastenia
V 14 – V 15	V 14, V 15, Du 11	D5	Plexo cardíaco	Hipofunción hepática, congestión hígado-vesícula (derecha), hiperacidez gástrica (izquierda)
V 17	V 16, V 17, Yishu, Du 9	D6, D7	Cardias (derecha, D6), Plexo solar (D7)	Páncreas (derecha), esplenitis (izquierda), Intestino Delgado

Tabla 8. Región posterior. Zona toracolumbar.				
Área	Punto	Dermatoma	Jarricot	Chapman
V 18	V 18, V 19, V 20, V 21, V 22, Du 8.	D8 a D10	Hígado (D8: derecha) y Bazo (D8: izquierda), vesícula biliar, vías biliares, estómago y duodeno (D9: derecha), páncreas, vías pancreáticas y yeyuno (D9 izquierda), colon (D10: derecha), íleon (D10: izquierda)	Intestino delgado, útero, estenosis piloro, estreñimiento, suprarrenales, cistitis/uretra
Tabla 9. Zona posterior. Región lumbosacra				
Área	Punto	Dermatoma	Jarricot	Chapman
V 23	V 23, B52, Du 4	D11, D12	Riñón, suprarrenales y Vejiga	
V 28	V 27, V 28, V 29, V 31, V 32	L3, L4		Fibroma uterino, próstata, leucorrea, salpingitis, ligamento ancho del útero, hemorroides y recto

Discusión y conclusiones.

Es procedente considerar la validez teórica, desde una perspectiva neurofisiológica, de los puntos Mu-Frontales y Shu-Dorsales como elementos de diagnóstico visceral puesto que su ubicación coincide con la inervación autónoma visceral (Teitelbaum, 2001).

Se han descartado aquellos puntos y dermalgias localizados en extremidades puesto que el protocolo de palpación se ha limitado al tronco por razones de practicidad clínica. Otro límite de esta aproximación teórica consiste en la falta de interpretación teórica que interprete el significado clínico del los puntos de acupuntura – formulados según la teoría de la MTC – respecto a las dos interpretaciones basadas en la neurofisiología, o viceversa, ya que dicha tarea justificaría la elaboración de otro estudio.

La inclusión de los puntos Xi al protocolo diagnóstico, no se justifica de acuerdo a la teoría metamérica sino a su presencia en zonas de planos fasciales profundos, por lo indicaría el estado del entramado de tejido conectivo identificable con la teoría de meridianos de la MTC (Langevin, 2002).

Por lo tanto, en el protocolo propuesto, se tienen en consideración aspectos tanto viscerales, como estructurales (osteoarticulares y miotendinosos), así como miofasciales o energéticos ya sea según la perspectiva de la MTC o de la biomedicina moderna.

El presente estudio constituye un esbozo preliminar de una perspectiva integrativa a falta, por ejemplo, del establecimiento de relaciones fisiopatológicas entre ambas visiones y de aquellos ajustes que comportará su aplicación clínica. Esperamos que estudios futuros desarrollen la perspectiva integrativa basada en la elaboración de modelos intermedios fundamentados en la intersección entre las teorías tradicional y moderna, superando los sesgos que conducen a los errores de interpretación ocasionados por una metodología comparativa.

Referencias

- Chaitow L. (1998) *Soft-Tissue Manipulation. A Practitioner's Guide to the Diagnosis and Treatment of Soft Tissue Dysfunction and Reflex Activity*. Rochester: Healing Arts Press.
- Chaitow L. (2001) *Terapia Manual Valoración y Diagnóstico*. Madrid: McGraw & Hill Interamericana.
- Chen E. (1995) *Cross-sectional Anatomy of Acupoints*. London: Churchill Livingstone.
- Deadman P, Al-Khafaji M, Baker K. *A Manual of Acupuncture*. Hove: Journal of Chinese Medicine Publications.
- Gardner-Abbate S. (2001) *The Art of Palpatory Diagnosis in Oriental Medicine*. London: Churchill Livingstone.
- Langevin H M, Yandow J A. (2002) "Relationship of Acupuncture Points and Meridians to Connective Tissue Planes", *The anatomical record (New Anat.)* Diciembre; 259: Disponible en URL: <http://www.uvm.edu/annb/faculty/PDFs/257.pdf>
- O'Connor J, Bensky D, (trad.) (1981) *Acupuncture. A Comprehensive Text*. Seattle: Eastland Press.
- Putz R, Pabst R (ed.) (2004) *Sobotta. Atlas de Anatomía Humana*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Sadowsky H. (2005) *Body Reflex Therapies & Techniques. The Reflex Therapy Series: Volume 2 of 3*. Las Cruces: Total Health, Ltd.
- Teitelbaum D. (2001) "Osteopathic Vertebral Manipulation And Acupuncture Treatment Using Front Mu And Back Shu Points", *Medical Acupuncture*; 12 (2): 36-37.