

La auriculoterapia como un medio para la eliminación de náuseas y vómitos: presentación de un caso odontopediátrico

R. Font Bonet,* J. R. Boj Quesada ** y O. Cortés Lillo *

RESUMEN

En el presente artículo se presenta la utilización de la auriculoterapia en odontopediatría como medio para eliminar la presencia de náuseas y vómitos, que tantos problemas plantea en determinados pacientes. Ello nos va a permitir por un lado trabajar en mejores condiciones, y por otro va a ayudar al niño a sentirse más cómodo y relajado, facilitando por todo ello el tratamiento. Se presenta un caso clínico donde se aplica esta técnica en un niño de diez años de edad.

Palabras clave: auriculoterapia, náuseas, vómitos.

SUMMARY

In this paper we present the technique of auriculotherapy as an aid in dental treatments of pediatric patients. It helps to prevent nausea and vomiting. A case of a treatment in a ten year old boy is reported.

Key words: auriculotherapy, nausea, vomiting.

Introducción

Podría parecer curioso que, a las puertas del siglo XXI, podamos interesarnos en una terapéutica tan singular como la auriculoterapia, pero a nuestro entender se trata de una ayuda eficaz en el tratamiento de ciertos pacientes.

La auriculoterapia es una variante de la acupuntura que utiliza puntos del pabellón auricular con fines terapéuticos (1). Aunque sorprendente, este empleo de la aurícula se explica por la muy rica inervación y por las múltiples conexiones que presenta con el sistema nervioso central. La aurículo-medicina prolonga y desarrolla la auriculoterapia, presentándose mucho más completa en el campo del diagnóstico y de los mecanismos neurofisiopatológicos de las enfermedades (empleo del reflejo aurículo-cardíaco) (2).

El origen de este método reflexológico es desconocido; pero se cree que puede ser persa, chino o egipcio. Hipócrates en el siglo IV (a. J.C.) dejó descritos unos tratamientos utilizando el pabellón auricular. Valsalva, en 1717, cauterizaba determinada zona de la oreja para paliar el dolor de molares (2, 3).

Esta técnica fue estudiada y pues-

ta al día en 1951, por el Dr. Paul Nogier, de Lyon, a quien debe agradecerse sin duda el seguimiento del curso de dichas observaciones (4). Observó curiosamente que en algunos de sus pacientes tras la cauterización de un mismo punto del pabellón auricular se producía un alivio de una neuralgia ciática que todos ellos presentaban (5). El hecho de relacionar esta área del antihélix del pabellón auricular con la articulación lumbo-sacra ayudó a considerar la relación del antihélix como lugar reflejo de toda la columna vertebral en posición invertida. Ello permitía comprender la proyección sobre la aurícula de la imagen del feto invertido, de acuerdo con la posición del embrión «in útero». Esta correspondencia pabellón auricular-imagen fetal ha dado desde entonces la vuelta al mundo y condujo finalmente a la cartografía refleja de la oreja (6, 7) (Fig. 1).

Distribución de los puntos auriculares

La oreja presenta una organización somatotópica tal y como hemos descrito. Las imágenes de la figura 1 acreditan la inmediata correspondencia embriológica, y en ningún caso, estas imágenes podrían superar el

* Prof. Máster Odontopediatría.

** Prof. Titular Odontopediatría. Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona.

papel de recordatorio memorístico que se les ha asignado y el de una iniciación a las localizaciones del pabellón (6).

Debido a este ordenamiento, cada punto del cuerpo posee una correspondencia auricular. Esta correspondencia no puede ponerse en evidencia en el caso de un sujeto sano. Solamente en el caso de un desequilibrio fisiológico de una determinada región del cuerpo, aparecerá uno o varios puntos dolorosos en el pabellón (proyección refleja dolorosa) (8). La terapia auricular permitirá suprimir las vías reflejo-patológicas a partir de su detección. El tratamiento consistirá en estimular estos puntos dolorosos del pabellón mediante agentes físicos (masaje, extensión de los tejidos, tratamiento mediante aguja, cauterización). Gracias a un mecanismo reflejo, se obtiene una modificación de las perturbaciones que se presentan en la periferia, siendo éstas el origen del o de los puntos dolorosos de la oreja (6, 9).

La aurícula constituye, por tanto, a la vez un gran panel en el que uno observa y un lugar de mando gracias al cual se puede actuar sobre la enfermedad. Multitud de trabajos científicos intentan dar una explicación a este reflejo (10, 11, 12, 13, 14).

Se han propuesto numerosos mecanismos neurofisiológicos para explicar la proyección puntiforme de las perturbaciones periféricas sobre el pabellón y la acción recíproca de la oreja sobre el cuerpo. Toda esta base científica no hubiera tenido ninguna consistencia si no se hubiese demostrado la existencia indiscutible del fenómeno, mediante la estadística clínica o la experiencia (10, 11, 13, 15).

Acción específica de los puntos. Puntos de órganos y puntos maestros

El profundo conocimiento del pabellón de la oreja como lugar reflejo

permite distinguir dos tipos de puntos teniendo en cuenta las acciones múltiples de cada punto auricular (Fig. 2).

Unos están en correspondencia neta con los de la somatotopía auricular establecida; su acción es principalmente local e interesa a un órgano de los sentidos, un músculo o una víscera. A estos puntos se les denomina puntos de mando de órganos o, más sencillamente, «puntos de órganos» (4, 5, 6).

Los otros presentan una correspondencia menos neta, incluso a veces inexistente, con la somatotopía auricular. Para aislarlos hay que apoyarse en la forma y los relieves del pabellón y no en la cartografía refleja. Su acción es más o menos general, pudiendo intervenir sobre una parte del organismo, pero también sobre las funciones y reacciones del enfermo. La actividad de estos puntos completa a menudo la acción de los primeros. Se les llama «puntos maestros» (4, 6).

En el contexto «enfermo-enfermedad», los puntos somatotópicos expresan la enfermedad y los puntos maestros representan el terreno. Los puntos maestros pueden, no sólo completar el tratamiento de los puntos de órganos, sino también permitir a éstos ser eficaces cuando se les estimula (6).

Metodología y procedimiento

1. Selección y localización del punto.

Para poder obtener un tratamiento efectivo, se requiere una precisión excepcional para localizar el punto de punción de la aguja. La localización del punto viene determinada por la descripción de la posición anatómica exacta del mismo (4, 5).

En aquellos casos, donde el problema principal del paciente es la presencia de náuseas y vómitos, se selecciona el punto del estómago (punto 6), ya que el vómito se debe

a la disfunción del estómago ya sea en el transporte de alimentos o en la digestión (16, 17, 18). Este punto se halla en el centro de la concha, sobre la frontera que separa la hemiconcha superior de la inferior. La concha se corresponde con el plano central, profundo, en forma de embudo, que continúa por el conducto auditivo externo. El punto del estómago (punto 6) está situado exactamente sobre la raíz de la hélice, a igual distancia entre el punto cero (anotado en la figura 2: punto 21) y el borde de la antihélice. Este punto está situado sobre una incisura cartilaginosa localizable con la uña (Fig. 3 y 4).

Este punto se halla bajo la dependencia del nervio vago o pneumogástrico (X^o par), con polaridad parasimpática y únicamente de tendencia enteroblástica (endodermo) (7). Por todo ello, actúa como punto complementario ante molestias del equilibrio vagosimpático, la angustia, la ansiedad, el miedo y molestias de la garganta.

2. Esterilización.

Hay que mantener una asepsia de la zona a puncionar mediante algún antiséptico, ya sea alcohol al 75% o yodo al 2% (19).

3. Inserción de la aguja.

El paciente debe cooperar, y es preferible que se encuentre en posición reclinada y en estado de relajación. Previa inserción de la aguja, es importante inmovilizar el pabellón auricular con una mano al tiempo que se oprime la superficie inmediatamente próxima al punto de inserción, pellizcándola suavemente.

La aguja, sujetada por el mango entre el pulgar y el índice de la mano, es introducida hasta la profundidad deseada al tiempo que se le imprime un movimiento de torsión. La aguja debe penetrar, aproximadamente, un milímetro, sin atravesar el cartílago. Si en lugar de perforar el cartílago lo hiciésemos en la región lobular que es más carnosa,

podría hundirse más profundamente. Hay que, en todo caso, evitar atravesar el pabellón auricular.

El paciente puede sentir un ligero malestar pasajero al perforarse la piel, al que inmediatamente sucede una sensación de distensión local y una sensación de plenitud, languidez y bienestar (20).

Las agujas de acupuntura son de acero inoxidable únicamente, con un manguito de cobre o aluminio. En nuestro caso, hacemos uso de las agujas cortas rutinarias (27 mm de longitud y 27 G de diámetro) utilizadas para la aplicación de la anestesia local en odontología. Además el cabezal nos sirve de mango, lo cual nos facilita su inserción así como las manipulaciones subsiguientes una vez insertada. Las agujas deben hallarse exentas de cualquier defecto, desechándose aquellas que estén torcidas o despuntadas.

4. Retención de la aguja.

La manipulación regular de la aguja mediante un movimiento giretorio alternativo en un sentido y otro, una vez insertada en el punto apropiado, aumenta el estímulo y constituye el complemento indispensable de un tratamiento perfecto (10). La aguja puede permanecer insertada durante todo el tratamiento (generalmente de 15 a 60 minutos), imprimiéndose durante este período de tanto en tanto movimientos de rotación de la aguja en un sentido y otro, o bien se deja sólo inicialmente durante unos minutos (generalmente de 5 a 10 minutos) hasta que el paciente note una atenuación de la sensibilidad del punto.

5. Extracción de la aguja.

Debe efectuarse lentamente y con suavidad; los tejidos alrededor de la inserción suelen adherirse fuertemente a la aguja siendo necesario dejar que se relajen para evitar toda irritación innecesaria al retirar la aguja (21, 22). Al extraer la aguja se presiona el punto con un poco de algodón esterilizado y seco para evitar el sangrado.

Presentación de un caso clínico

El paciente del caso descrito era un niño de 10 años de edad que acudió a nuestro servicio de odontopediatría por presentar sensibilidad acusada especialmente ante cambios térmicos en la zona lateral posterior de ambos lados.

El examen buco-dental tuvo que interrumpirse por la aparición de náuseas y vómitos del paciente. Se concretó una segunda cita en la cual aparecieron de nuevo náuseas y vómitos. En ninguno de ambos casos pudo realizarse un examen completo y preciso, pero sí pudo detectarse la presencia de caries en los primeros molares permanentes superior izquierdo e inferior derecho, afectos a la vez de amelogenénesis imperfecta.

Se trataba de un paciente atento y muy colaborador, lo cual nos hizo pensar que el paciente conscientemente no hacía nada por provocarse el vómito, sino más bien al contrario, intentaba refrenarlo.

Dadas las características del paciente, se decidió no utilizar ninguna de las soluciones clásicas ofrecidas por la quiromioterapia, tales como la administración de fármacos antieméticos, la aplicación de sedación o de anestesia general. Se optó por la aplicación de un método apenas utilizado en nuestra especialidad, la auriculoterapia.

Tras presentar dicha alternativa a los padres, a la cual accedieron dada la ausencia de efectos secundarios, se hizo la explicación al niño.

Tras desinfectar la zona a puncionar con un algodón impregnado de alcohol, se aplicó una ligera presión próxima al punto indicado. En este momento, insertamos la aguja perpendicularmente en el punto indicado aplicándole un movimiento giretorio, haciendo inspirar fuertemente al paciente (Fig. 5). Recordemos que la aguja debe penetrar, aproximadamente, un milímetro, sin atravesar el cartílago (Fig. 6 y 7).

Transcurridos 10 minutos, el paciente se encontraba en un estado mucho más distendido y relajado (Fig. 8). Después de comprobar que las náuseas habían desaparecido, se realizó el tratamiento restaurador del primer molar inferior derecho (46) mediante una amalgama adhesiva.

Durante todo el tiempo operatorio (40 minutos), la aguja permaneció insertada sin que el paciente presentara náuseas ni vómitos. Durante este período se realizaron movimientos rotatorios de la aguja en dos ocasiones. Finalizado el tratamiento se retiró la aguja lentamente y se presionó el punto con un poco de algodón para evitar el sangrado.

Discusión

Se trata de una técnica práctica, simple y fiable. La auriculoterapia no requiere equipos especiales, solamente material de fácil acceso, selección correcta de los puntos y una técnica correcta de manipulación de la aguja. De la misma manera que no es ni mucho menos indispensable saber cómo funciona el motor de un

Fig. 1 - El pabellón auricular y la imagen fetal. Sobre el pabellón se proyecta una imagen del cuerpo. Es muy similar a la de un feto, cuya cabeza se halla en la parte baja de la oreja, a nivel del lóbulo, mientras que las manos y los pies se localizan en la parte superior de la aurícula.

Fig. 2 - Identificación de los puntos auriculares. Del 1 al 15: puntos de órganos. Del 16 al 30: puntos maestros.

Fig. 3 - Localización del punto del estómago.

Fig. 4 - Localizaciones auriculares (la flecha indica el punto del estómago).

Fig. 5 - Introducción de la aguja.

Fig. 6 - Aguja fijada en el punto del estómago del pabellón auricular.

Fig. 7 - Se ha introducido aproximadamente 1 mm, véase que no se perfora el dorso del pabellón.

Fig. 8 - Aspecto relajado del paciente.

cóche para conducir, tampoco es imprescindible conocer el funcionamiento exacto de la auriculoterapia para utilizarla. No obstante, es importante conocer sus reglas y aplicar la técnica con rigor.

La naturaleza de la respuesta a la aguja es la que cuenta y no la aguja en sí. La simple inserción de una aguja o una fuerte presión digital ejercen una acción estimulante. Si la aguja permanece insertada durante unos minutos, o si se mantiene la presión de los dedos por igual tiempo, se logra un efecto sedante sobre los tejidos locales (reflejos). Si se alarga el tiempo de tratamiento, los efectos anestésicos se manifiestan de forma evidente. Ambas respuestas son fisiológicas (23).

Es una técnica con base científica para poder llevar a cabo tratamientos dentales en situaciones clínicas perfectamente tipificadas y específicas. La cooperación activa del paciente garantiza el resultado del tratamiento odontológico. Con la auriculoterapia el paciente está consciente y con capacidad de comunicarse con el odontólogo, quien puede verificar el estado de relajación del paciente durante el transcurso del tratamiento (23, 24). Sin embargo, sería interesante corroborar estos resultados en una muestra de pacientes más amplia.

La principal ventaja de este método reside en que permite abordar determinados problemas sin hacer uso de la farmacología. Además, la auriculoterapia es de acción inmediata, y no puede por sí misma provocar reacciones adversas. Aparte del caso que aportamos para evitar náuseas y vómitos, la literatura recoge la posibilidad de ampliar las indicaciones de esta técnica para solventar otros problemas como fobias dentales, ansiedad y miedo, dolor dental, dolor post-extracción, gingivitis, disfunción temporo-mandibular, neuralgia del trigémino, entre otras (25, 26, 27, 28, 29, 30).

Bibliografía

1. VU GIANG M.: Auriculotherapy. *Infirm Fr*, 214: 23-7, Apr 1980.
2. CHEN K., ZHOU S., ZHAO Y.: Auriculoacupuncture therapy—a traditional Chinese method of treatment. *J Tradit Chin Med*, 12(4): 308-10, Dec 1992.
3. PRANCE S.E., DRESSER A., WOOD C., FLEMING J., ALDRIDGE D., PIETRONI P.C.: Research of traditional Chinese acupuncture-science or myth: a review. *J R Soc Med*, 81: 588-9, 1988.
4. NOGIER, BOURDIOL, CORCELLE: Auriculotherapy. *Chir Dent Fr*, 46(296): 61-3, Mar 17, 1976.
5. TORRE L.: Lumbosciatica and Nogier's auriculotherapy. *Consideration 50 cases*. *Minerva Med*, 67(5): 356-8, Jan 31, 1976.
6. NOGIER P.: Face to face with auriculotherapy (letter). *Acupunct Electrother Res*, 8(1): 99-100, 1983.
7. NOGIER P.F.M.: *De l'Auriculothérapie a l'Auriculomédecine*. Editions Maisonneuve, 1981.
8. NISSEL H.: Pain treatment by means of acupuncture. *Acupunct Electrother Res*, 18(1): 1-8, Jan Mar 1993.
9. ROCCIA L.: Current Status of acupuncture and auriculotherapy. *Minerva Med*, 70(56): 3875-7, Dec 15, 1979.
10. BOSSY J.: Bases neurobiologiques des réflexo-thérapies. Editions Masson, 1978.
11. CHEN K., ZHOU S., ZHENG Y.: Clinical application of traditional auriculoacupuncture therapy. *J Tradit Chin Med*, 13(2): 152-4, Jun 1993.
12. CHEN H.: Recent studies on auriculoacupuncture and its mechanism. *J Tradit Chin Med*, 13(2): 129-43, Jun 1993.
13. ISHCHENKO A.N., KOZLOVA V.P., SHEV'YEV P.P.: Auricular diagnostics used in the system of screening surveys. *Med Prog Technol*, 17(1): 29-32, 1991.
14. Auriculotherapy (letter). *JAMA*, 252(14): 1855-7, Oct 12, 1984.
15. MANN F.: *Acupuncture: The Ancient Chinese Art of Healing and How it Works Scientifically*. New York Random House, 175-90, 1973.
16. DUNDEE J.W., GHALY R.G., FITZPATRICK K.T.J., LYNCH G.A., ABRAM W.P.: Acupuncture to prevent cisplatin-associated vomiting. *Lancet*, 1: 1083, 1987.
17. DUNDEE J.W., CHESTNUTT W.N., GHALY R.G., LYNAS A.G.: Traditional Chinese acupuncture: a potentially useful antiemetic? *BMJ*, 293: 583-4, 1986.
18. WEIGHTMAN W.M., ZACHARIAS M., HERBISON P.: Traditional Chinese acupuncture as an antiemetic. *BMJ*, 295: 1379-80, 1987.
19. ELLIOT H.C.: *Textbook of neuroanatomy*. 2ª ed. Blackwell Scientific Publications, 1969.
20. ZHANG J., ZHENG J.: *Fundamentos de Acupuntura y Moxibustión de China*. Ediciones en lenguas extranjeras. 1ª ed. Beijing, China, 1984.
21. LAVIER J.A.: *Points of Chinese Acupuncture*. Health Science/Press, 1974.
22. CHU-LIEN: *Text of Modern Acupuncture*. Public Health Press. Peking, 1956.
23. FOSTER J., SWEENEY B.: The mechanisms of acupuncture analgesia. *J Appl Med*, 14: 347-51, 1988.
24. CHAITOW L.: *Acupuntura y tratamiento del dolor*. Ed. Bellaterra, 1981.
25. VALERY L.P.: Acupuncture and auriculotherapy and its application in the field of dentistry. *Chir Dent Fr*, 42(119): 63-5, Jun 7, 1972.
26. LAPEER G.L.: Auriculotherapy in the dentistry. *Cranio*, 4(3): 266-75, Jul 1986.
27. STEIDL L., DEBEF J., JANDOVA D., KASPAREK J., TRNECKA J.: Trigeminal reflex. III. Effect of auriculotherapy. *Acta Univ Palacki Olomuc Fac Med*, 117: 141-50, 1987.
28. JONES J.L.: Craniomandibular disorders, neurophysiology and auriculotherapy. *Basal Facts*, 9(4): 127-31, 1987.
29. LAPEER G.L.: Trigeminal neuralgia: treatment failure with auriculotherapy: two case reports. *Cranio*, 8(1): 55-9, Jan 1990.
30. JOSHI Y.M.: Acupuncture—A critical evaluation. *JAPI*, 40(3), 1992.
31. SIMMONS M.S., OLESON T.D.: Auricular electrical stimulation and dental pain threshold. *Anesth Prog*, 40(1): 14-9, 1993.

Correspondencia:

Dr. Juan Ramón Boj
Facultad de Odontología de la
Universidad de Barcelona
Pabellón Principal 1ª planta
Campus de Bellvitge
08907 L'HOSPITALET DE LLOBREGAT
(Barcelona)