

T
00840

TERAPIA NEUROFOCAL EN LESIONES ENDODONTICAS

ELMER DAVILA FERNÁNDEZ
YOMAIRA LOPEZ GARCIA
MIRLA LLOREDA GRACIA
GINA MORENO PEREZ
JESÚS DAVID ORTIZ CORREA
HECTOR LEONARDO RAMÍREZ ROJAS

19-7-01-AM



COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.

2000

TERAPIA NEUROFOCAL EN LESIONES ENDODONTICAS

ELMER DAVILA FERNÁNDEZ
YOMAIRA LOPEZ GARCIA
MIRLA LLOREDA GRACIA
GINA MORENO PEREZ
JESÚS DAVID ORTIZ CORREA
HECTOR LEONARDO RAMÍREZ ROJAS

DIRECTOR
MAURICIO TORRES
Odontólogo, Medico Homeópata especialista en bioenergética

ASESOR METODOLOGICO
MARIA ALEJANDRA GONZALEZ
Odontóloga, Maestría en Administración de salud

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
SANTAFE DE BOGOTA, D.C.
2000

TERAPIA NEUROFOCAL EN LESIONES ENDODONTICAS

ELMER DAVILA FERNANDEZ

YOMAIRA LOPEZ GARCIA

MIRLA LLOREDA GRACIA

GINA MORENO PEREZ

JESÚS DAVID ORTIZ CORREA

HECTOR LEONARDO RAMÍREZ ROJAS

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial
para optar al título de Odontólogo

Director

MAURICIO TORRES

Odontóloga, Medico Homeópata especialista en bioenergética

Asesor Metodológico

MARIA ALEJANDRA GONZALEZ B.

Odontóloga Maestría en Administración en Salud

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

SANTAFE DE BOGOTA D.C.

2000

El trabajo de grado, **TERAPIA NEUROFOCAL EN LESIONES ENDODONTICAS**, elaborado por: **ELMER DAVILA FERNÁNDEZ, YOMAIRA LOPEZ GARCIA, MIRLA LLOREDA GRACIA, GINA MORENO PEREZ, JESÚS DAVID ORTIZ CORREA, HECTOR LEONARDO RAMÍREZ ROJAS**; ha sido aprobado como requisito parcial para optar por el título de Odontólogo.

ASESOR CIENTÍFICO

() ASESOR METODOLÓGICO

DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE
INVESTIGACIÓN Y SALUD PÚBLICA

SANTAFE DE BOGOTA, D.C. MAYO DEL 2000

DEDICATORIA

Para los seres que nos dieron la vida y han hecho de nosotros lo que hoy somos, gracias.

Elmer Noviano
Yomaira
Gina Martha
Mirla del Carmen
Jesús David
Hector Leonardo

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

HEEL COLOMBIA LIMITADA, Laboratorio Biomédico.

JORGE VARGAS, Odontólogo, docente IX semestre del Colegio Universitario Colombiano.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	3
1.1. PROBLEMA	3
1.2. JUSTIFICACION	3
1.3. PROPOSITO	4
1.4. MARCO TEORICO	4
1.4.1. CONCEPTOS GENERALES	4
1.4.2. TERAPIA NEUROFOCAL	18
1.4.3. LESIONES ENDODONTICAS	21
1.5. OBJETIVOS	36
1.5.1. General	36
1.5.2. Específicos	36
2. METODO	37
2.1. TIPO DE ESTUDIO	37
2.2. OBJETO DE ESTUDIO	37
2.3. UNIDADES TEMATICAS	37
2.4. FUENTES DE INFORMACION	37
2.5. INSTRUMENTO	38
2.6. PROCEDIMIENTO	38
3. RESULTADOS	40
4. CONCLUSIONES	51
5. RECOMENDACIONES	52
BIBLIOGRAFÍA	53
ANEXOS	56

LISTA ESPECIAL

TABLA 1: Electro acupuntura según voll.

TABLA 2: Sustancias empleadas en endodoncia.

GRAFICA 1: Enfermedades de la pulpa y de los tejidos periapicales.

ANEXO 1: Manejo biológico de las endodoncias. Empleo de Traumeel S. en los tratamientos de conductos radiculares.

GLOSARIO

Bioenergética es el conjunto de conocimientos y procedimientos médicos que estudian la captación, la sesión y transformación de la energía por parte de los órganos, además estudia al ser humano como una organización de energía biológica, permitiendo diagnosticar y tratar las alteraciones producidas por desequilibrios energéticos (Huneke, W., 1964).

Campo interferente es cualquier elemento que altere el normal flujo de información a través del organismo, a una zona que no conduzca adecuadamente el impulso energético o a una zona despolarizada.

Enfermedad focal es aquella enfermedad producida por un foco.

Focal está relacionado a foco, generalmente se describe como infeccioso, pero puede ser no solamente de tipo bacteriano sino también tóxico, traumático, etc.

Foco se define como cualquier alteración local capaz de producir efectos patológicos, lejanos como discrasias, disfunciones vegetativas, artritis, neuritis, etc., para que se trate de un foco es indispensable que el efecto a distancia este clínicamente manifiesto, si el foco no está manifiesto, se puede llamar foco mudo o foco en potencia ya que en el inciden varios factores diferentes.

Neuro es el prefijo griego que significa nervio y es un órgano en forma de cordón, conductor o transmisor de impulsos o sensaciones compuesto de fibras o tubulos nervioso reunidos en fascículos rodeados cada uno por una envoltura propia o perineurio separados por unos de otros por el endoneurio y reunidos por una vaina común o neurilema.

Odontología se define como la suma de los conocimientos relativos a los dientes, (y sus estructuras de soporte) su origen, su conformación interior y exterior, sus funciones, sus anomalías y enfermedades, su repercusión sobre el organismo y cuanto atañe a la terapéutica y prevención de las enfermedades en el paciente como tal.

Odontología Bioenergética se refiere a que el hombre al igual que todo en la naturaleza es energía, sólo se puede tratar como tal y bajo un concepto holístico, es decir como un todo y no como partes individuales con funcionamiento propio.

Odontología Neurofocal es la encargada de ver al paciente integralmente y no sus dientes independientemente, siempre pensando que cualquier tipo de procedimiento que se realice en un paciente puede generar manifestación sistémica, ver los dientes y las estructuras maxilares como posibles focos (no solamente el foco bacteriano, puede ser químico, físico o traumático, etc.) capaces de desencadenar o producir un efecto patológico en cualquier parte del cuerpo, además se divide en varios aspectos como son: La odontología, neuro, focal, foco, odontología neurofocal, odontón, diente, estructuras de soporte, embriología, drenaje, linfático, sistema básico de Pischinger, meridianos y campo interferente.

Odontón, es decir el diente y sus estructuras de soporte son una unidad ya que se encuentran íntimamente relacionadas y unidas por el SBP (Sistema Básico de Pischinger), siempre que se realice un tratamiento en un diente se está haciendo en el Odontón en sí y en el organismo, es un vocablo de odus, con el que se designa el diente más su aparato de fijación, el Odontón es el diente y sus estructuras de soporte, es decir, aunque un diente haya sido extraído del maxilar, el espacio que ocupa sigue siendo un odontón.

Reacción focal es la respuesta del organismo al efecto a distancia de un foco o campo de interferencia.

Suceso focal es la pato-fisiología de todos aquellos procesos y correlaciones que juegan un papel en las relaciones focales.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha asistido a un importante incremento en el conocimiento de las llamadas medicinas alternativas, el cual se ha manifestado en una mayor aceptación tanto por parte de la comunidad como por parte de los diferentes estamentos que constituyen la ciencia medica. Los avances de estas áreas han venido teniendo un crecimiento vertiginoso, pero en la practica de estos diferentes sistemas de aplicación de la medicina se han encontrado un sinnúmero de obstáculos, como los llamados **campos de interferencia**, que dificultan el acceso a los mas anhelados grados de curación.

Con el análisis exhaustivo de los **campos interferentes**, se han logrado identificar mecanismos y diferentes elementos que permiten superar estas limitantes en la mayoría de los casos, pero hoy por hoy, se ha identificado un gran obstáculo a la casi totalidad de los diferentes sistemas terapéuticos, comportándose como una gran barrera al bienestar de los pacientes: Los **campos de interferencia** ubicados en la cavidad oral.

La humanidad ha asistido como espectador y al mismo tiempo como protagonista, al inusitado avance de la ciencia y la tecnología que han venido alcanzando. Dentro de ese contexto, se observa como las ciencias de la salud ofrecen grandes avances en la investigación de los mecanismos que producen las enfermedades, pero a su vez se ve que, solo en épocas recientes han empezado a estudiar, como y de que manera se logra mantener el equilibrio armónico de todas las fuerzas que entran a determinar el estado de salud del ser humano.

Ubicados dentro de este marco conceptual, se ha venido desarrollando nuestra actividad no solo profesional sino a su vez investigadora, encaminados a propender por un ejercicio profesional lo menos nocivo. De allí, que nuestro interés se ha centrado en lograr identificar los factores que de una u otra manera hacen parte de la génesis de los **campos interferentes**, con el fin de desarrollar nuevas estrategias encaminadas a superarlos y poder ofrecer alternativas terapéuticas basadas en la aplicación de conductas biológicas, mediante la experimentación de sustancias cada vez mas biocompatibles, con las que se obtengan resultados enmarcados siempre dentro del principio bioético.

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACION

1.1. PROBLEMA

Partiendo de todas las complicaciones que han surgido durante el desempeño práctico de la odontología, y en vista que la mayoría de las literaturas hasta el momento encontradas en el mercado, hablan muy poco de las complicaciones endodónticas, tratadas con terapia neurofocal, la cual desempeña en la actualidad un papel preponderante dentro del desarrollo de la medicina biológica, pues en la cavidad oral pueden encontrarse el punto de partida o el factor desencadenante de una enfermedad sistémica, o puede ser el sitio a través del cual el organismo refleja una patología a distancia.

Lesiones endodónticas, son todas aquellas alteraciones patológicas locales que bajo ciertas circunstancias pueden actuar como campo interferente, denominándose como “focos dentógenos potenciales”. Por esta razón cabe preguntarse ¿cuándo está indicada la terapia neurofocal en lesiones endodónticas?.

1.2. JUSTIFICACION

Se busca dar a conocer las diferentes alternativas de tratamiento, que puedan ponerse en la práctica y en el ejercicio de la odontología e identificar todos los campos interferentes que se presenten y causen daños alterando el potencial celular del tejido conectivo; se debe tratar cada caso en particular, debido a que estos desarreglos producen cambios metabólicos en el organismo de cada individuo.

1.3. PROPOSITO

Con la intención y el ánimo de hacer reflexionar a todos los estudiantes de la facultad de Odontología, medicina general, internistas, ortopedistas, especialistas en endodoncia y a todos aquellos profesionales de la salud, se pretende que de una u otra manera tengan interés en enriquecer sus conocimientos respecto a la terapia neurofocal; de tal manera que sus aptitudes y conductas le induzcan a desempeñar en una forma idónea su profesión.

1.4. MARCO TEORICO

1.4.1. CONCEPTOS GENERALES:

El vegetativo, para empezar a definir que es un vegetativo, se debe tener en cuenta los puntos sobre el termino en sí, el primero procede del latín “vegere” que designa alegre, ser vivaracho, y “vegetare” o animar, que según esta etimología, debe llamarse Vegetativo a todas las funciones que den movimiento a los inconscientes de la vida, ya sean las involuntarias o las voluntarias; dicho de otra manera vegetativo significa regulación y defensa. Estas funciones las hay en animales, plantas, criaturas que carecen de nervios, como también en gérmenes y embriones, e inclusive antes de que se hallan formados nervios y vasos. (Pischinger, 1969).

Según L.R. Muller Hober, 1920, dio la segunda versión de la palabra vegetos, que significa planta, según esto se entiende por vegetativo todas aquellas funciones básicas, que constituyen la planta, hasta el bacterium, descartando el virus, ya que estos son elementos hallados fuera del organismo.

El factor común de estas dos versiones, muestran el control y la regulación de las funciones vitales básicas (Abethe, 1952) tales como: el metabolismo del oxígeno, el presupuesto de

ácido y bases, el presupuesto de mineral, calcio, magnesio, potasio, sodio, etc., el presupuesto de agua: sin agua no hay vida y mantener la temperatura: conservar la temperatura (también en los poiquiloterma).

Así mismo se le anexan las sustancias nutritivas necesarias para conservar la vida primitiva, como: Proteínas, grasas e hidratos de carbono; estos factores definen el potencial bioeléctrico de células y tejidos, formando el núcleo de las funciones vegetativas, de su mezcla armónica provienen las funciones de defensas, influyendo en los procesos físicos y síquicos. Para lograr esto necesitan los multicelulados un sistema coordinado “Sistema gran regulador – Vegetativo”.

El sistema vegetativo esta conformado por el sistema nervioso autónomo, con el vago, el simpático, el hipotálamo y el diencefalo, y por el sistema endocrino con las hormonas y las células que poseen las capacidades reguladoras.

Mecanismo de acción del Vegetativo trata de explicar el verdadero mecanismo de acción de los efectos focales; cada foco y campo de interferencia se halla en el tejido conectivo blando intersticial, y allí ellos producen sus alteraciones e irritaciones.

Pischinger1965; Recalcó que el reconocimiento que todos los focos o campos de interferencia, se encuentran en el tejido conectivo blando. La célula de tejido conectivo se relaciona con el medio circundante (líquido extracelular). Este autor determino el sistema célula milieu que se encuentra en todos los recodos y sitios del cuerpo y representa el medio de vida para las células orgánicas y específicas. Es el portador de todos los vasos sanguíneos, linfáticos y nervios, es decir de todas las funciones secundarias.

Los últimos estudios dieron a conocer que existen relaciones estrechas entre nervios vegetativos y tejido conectivo, en el sentido de relaciones fisiológicas, esto se puede estudiar en órganos que contienen nervios y que carecen de fibras musculares de glándulas y de células epiteliales, como la pulpa dentaria, la encía y el peritoneo, también en los exentos capilares como la válvula pulmonar o el endocardio.

Fenómeno en segundos es un hecho innegable, que después de una inyección de Impletol, en un foco activo o campo interferente, por ejemplo en la punta del ápice de un diente sospechoso, el efecto patológico lejano que de allí parte (por ejemplo dolores articulares, etc.) desaparece transitoriamente en cuestión de segundos. Esta liberación del dolor debe durar por lo menos 8 horas, tratándose de focos dentógenos y a la repetición de la misma inyección tiene que ser plenamente repetible el mismo fenómeno.

Partiendo de la observación del vegetativo, es comprensible el suceso, teniendo que es el portador de las funciones vitales básicas primarias (es un sistema celular indiviso, e incisal) que a través de una red capilar y neural terminal mantiene estrechas interrelaciones tanto con los centros inespecíficos de regulación del cuerpo como también con las células orgánicas específicas. Es de esperarse que una desconexión momentánea o repolarización de campos de interferencia de acción general, le devuelva al vegetativo en su totalidad el tono perdido, permitiéndole retornar con sus funciones a una situación normal de reaccionabilidad; dicho retorno se logra con Procaína o Lidocaina, que fuera del efecto repolarizador inhibe inflamaciones. Es el que hace que molestias orgánicas situadas lejos del campo interferente desaparezcan por lo menos en forma transitoria, siempre y cuando que la anatomía aún lo permita.

Procedimiento odontológico: Respecto al procedimiento del test de Impletol, se ha dicho que cada diente sospechoso debe inyectarse por bucal y lingual, en terreno de la punta del ápice.

La desconexión troncular en la espina de Spe o foramen mandibular, en el foramen mandibular, en el foramen mental o en la tuberosidad, agujero palatino posterior o en el canal infraorbitario del maxilar, no es apropiado para hacer el test a dientes sospechosos de portar focos, cuya acción parte desde las áreas inervadas por los citados nervios, puesto que el campo de interferencia del que pueden partir las molestias orgánicas lejanas tienen que recibir el Impletol localmente, cosa imposible con anestesia conductiva.

En el fenómeno de segundos positivos, se presenta una reestructuración característica en el cuadro hemático diferencial; desaparecen los linfocitos grandes, surgen formas irritativas, según Klima, 1965 y linfocitos de Stress, según Frank Daughtddy, 1965, y así como también se comprueba la normalización de valores antes demasiados altos en el consumo del yodo en el estrato sangre, suero, libre de proteínas (Pischinger, 1965)

Cociente Vegetativo es el que determina las defensas existentes en el organismo, por medio de los test habituales no podemos llegar a un resultado específico, para ello se utiliza dos métodos, considerados con "test integrales" que tienen la capacidad de satisfacer las expectativas. El primero es el análisis de los criterios hematológicos (Reacciones de Elpimed, según F. Perger, 1963) y la segunda es la Yodometría (Reacción de fijación del yodo, según: A. Pischinger, 1966). Los criterios hematológicos se basan en investigaciones científicas, realizadas por Selye 1953 y otros, sobre las funciones normales de un organismo considerado como sano, responde en tres fases: Fase de Schok, Fase de contra Schok, y Fase de consecuencia. En la Fase de shok, descienden los niveles de calcio y colesterin y disminuyen los leucocitos, eosinofilos, y el aumento del nivel de magnesio. La Fase de contra shock,

presenta valores de calcio y coleserin, en consecuencia aumentan los eosinofilos y disminuyen los valores normales del magnesio, y por ultimo en la Fase de consecuencia todos los valores vuelven a la normalidad. Según Perger 1962 logro demostrar a través de un experimento que en caso de regulaciones normales de defensa, al inyector por vía subcutánea, 1c.c. de Elpimed en un intervalo de una hora, aumentaba los valores de calcio en el suero, aumentando con el tiempo. Se entiende como la reacción del organismo al estado vegetativo de Schock; en pacientes con campos interferentes activo, tienen valores de calcio distinto, por lo tanto se mantienen atrapados en la fase de Schock. El otro metodo es la yodometría que actúa sobre el terreno humoral del vegetativo.

Esta técnica se basa en que todo foco y todo campo de interferencia, esta en el tejido conectivo blando intersticial así como en los canaliculos de HAVERS, el hueso periodontal, la encía y la pulpa dentaria, donde se encuentran los tejidos conectivos mesenquimáticos.

Todo foco interferente, actúa primero en el sistema vegetativo básico, según Pischinger 1966, este sistema es repartido por todo el cuerpo, ya que esta compuesto por fibrillas que le permiten penetrar en las células orgánicas es como el campo interferente o foco, interviene a todo el sistema vegetativo básico, siempre que las molestias sean fuertes para romper la barrera defensiva, alrededor del campo interferente, de tal forma que se permita traspasar el terreno afectado y trasladar su efecto a distancia, es entonces cuando aparece un cambio en la situación vegetativa básica de todo el cuerpo, presentando desordenes en la regulación de defensas, lo que se conoce como regulaciones inespecíficas conectivas y mas exactamente humorales, que son dirigidas por sistemas oxido – reductores, la existencia de esta hace posible el surgir de efectos a distancia provenientes de focos, sino también puede ser la causa de la resistencia a toda terapia que se dan en algunas enfermedades exógenas que no se deben

a focos. La reacción estandarizada del yodo de Pischinger y colaboradores permitió establecer que el consumo de este en suero sanguíneo desproternizado, permite captar una cantidad de los complejos activos del sistema humoral "Sistema gran regulador" de las funciones vitales, cuyos orígenes se encuentran en el vegetativo. Este método de yodometría, según Kret Sarzt 1996, explica la transformación de yodo elemental en Ion Yodo, que tiene un valor promedio de 81.3 mo% si aumenta el promedio de este valor, se detecta un estado reductivo, significando que las regulaciones vegetativas de defensa, estén desordenadas.

El Sistema Básico de Pischinger (SBP) es una estructura histológica, donde se encuentran las células del tejido conectivo blando indiferenciado (infinidad de estructuras como Linfocitos, monocitos, fibroblastos, mastocitos, células adiposas, macrófagos, eosinófilos, células plasmáticas, pericitos, células endoteliales, capilares, hematíes, fibras elásticas, fibras colágenas, fibras reticulares, etc.) del liquido extracelular, de los capilares y del plexo de fibras vegetativas nerviosas terminales y está en intimo contacto con el resto del organismo mediante la vía aferente por los capilares y fibras nerviosas terminales; y por la eferente a través de las vías linfáticas. Histológicamente se nota que no hay un contacto directo e inmediato entre las células orgánicas y los capilares y las fibras nerviosas vegetativas terminales, por lo tanto cada estímulo y cada proceso metabólico entre las células orgánicas especializadas, y los procesos metabólicos de las fibras nerviosas terminales, tienen que llevarse a cabo a través del LIQUIDO TISULAR EXTRACELULAR. Es por esta razón que por estímulos irritativos como cambios de PH se producen una modificación de su biopotencial y células indiferenciadas tipotenciales (reticulocitos) que se transforman en diversas formas externas correspondiendo a las diferentes ofensas.

Todos los procesos de la vida tienen una dependencia absoluta con el SBP, este hecho está documentado por la distancia entre las células orgánicas y capilares y las fibras nerviosas

terminales, es pues el único tejido corporal que permanece en contacto inmediato con todas las células orgánicas y por esta razón que se torna posible una reacción de la totalidad.

Los meridianos del cuerpo trabajan basándose en energía y esta circula a través de circuitos o canales llamados meridianos y todos tienen representación Odontológica.

Los meridianos no solamente alimentan a los odontones, sino que también reciben energía de ellos, siendo así una energía de doble vía.

El meridiano de Riñón alimenta los labios y la zona anterior de la boca y la zona de los odontones incisivos anteriores, superiores e inferiores, incluye las glándulas suprarrenales y la epifisis; órganos como su nombre lo indica de Riñón y Vejiga; articulaciones como la rodilla, cadera, sacro-coxis, pie y el seno frontal.

Su trayecto profundo circula por la cara anterior de la columna vertebral hasta la segunda vértebra lumbar a cuyo nivel penetra a Riñón. Desde allí partirán dos ramas, la profunda ascendente, que va al hígado, atraviesa el diafragma, penetra en los pulmones, gana la faringe y llega a la raíz de la lengua en donde hace contacto energético con los dientes incisivos.

Su meridiano acoplado es el de vejiga, su hora máxima de 17 a 19 horas. El orden, le precede en el circuito diario la vejiga y le sigue el Maestro del Corazón. Su movimiento es agua, la estación invierno, energía cósmica el frío, controla huesos y médula, su sentimiento negativo es el miedo, su expresión sonora es gemidos y lamentos.

El meridiano del hígado, lanza un ramal profundo que cruza la cara de abajo hacia arriba y se une en el hígado externo del ojo con el meridiano de vesícula biliar, este pasa por los Odontones de los caninos, alimentando las gónadas, el lóbulo posterior de la hipófisis, el hígado y las vías biliares, articulaciones de la cadera, de la rodilla, del pie; y órganos como el ojo.

Hígado pertenece al movimiento madera, estación primavera, energía cósmica el viento, dirección el este, controla músculos, tendones y uñas. Su pasión es la cólera, su expresión sonora el grito, su sentido la vista, sus secreciones las lágrimas. El sabor el Agrio, el olor rancio, el color el verde, su nota musical el Do.

El meridiano de estómago cruza la cara en forma oblicua de arriba hacia abajo formando una cruz con el meridiano de intestino grueso – pulmón, pasando por los odontones 6 y 7 superiores y 4 y 5 inferiores, alimentando Tiroides, paratiroides, bazo, rodilla, seno maxilar, vasos linfáticos para los 5 inferiores, para los 4 inferiores se incluyen las gónadas con los caninos.

El páncreas acoplado al estómago, tiene como estación el estío, energía cósmica la humedad, sentimiento negativo, la obsesión, expresión sonora, el canto, sentido el gusto, secreción, la saliva, sabor el dulce, olor perfumado, color el amarillo, nota música Mi, alimento vegetal el centeno.

El bazo – páncreas tiene una importante relación como movimiento central, en la génesis de la mayoría de las enfermedades, puede ser causa fundamental en alteraciones pulmonares y renales. Regula con estómago la humedad endógena.

El meridiano de intestino grueso – pulmón, atraviesa la cara en forma oblicua de abajo hacia arriba, pasando por los odontones 6 y 7 inferiores y 4 y 5 superiores cruzándose con el meridiano de intestino grueso – pulmón, este meridiano alimenta como su nombre lo indica el intestino grueso, el pulmón, articulaciones del codo y del hombro, mano y el oído.

Pulmón pertenece al metal, está acoplado al intestino grueso, su estación es el otoño, su energía cósmica la sequedad, la dirección oeste, controla la piel, vello y conjunto del aparato respiratorio, su sentimiento negativo es la tristeza, pasividad, abulia, pesimismo, su expresión sonora el sollozo, su sentido el olfato, la secreción el moco, su sabor el picante, el olor cárnico, la nota musical Re, el alimento vegetal el arroz.

En energética los pulmones debido a su funcionalismo, han sido calificados como los maestros de la energía, pues a partir de ellos la energía es incorporada al circuito de los meridianos principales.

El meridiano del intestino delgado – corazón atraviesa los odontones 8 de ambos maxilares influye en el Sistema Nervioso Central, presupuesto energético, alimenta el lóbulo anterior de la hipófisis, articulaciones del codo y del hombro; y como su nombre lo dice, corazón, intestino delgado.

Intestino delgado tiene su máxima energía de las 13 a las 15 horas, pertenece junto con su acoplado corazón al movimiento fuego es un órgano taller de energía u órgano FU.

El corazón tiene como estación al calor, su dirección es sur, controla los vasos sanguíneos, el sentimiento es la alegría, su expresión sonora la risa, su contenido sutil es mental, la secreción

el sudor, su sabor amargo, el olor quemado, el color rojo, la nota musical La, el alimento vegetal el trigo. Corazón es el maestro de la sangre y el guardián del mental. Alimentado por el hígado, domina a los pulmones.

Por su acción transportadora de energía por la sangre alimenta el cerebro, quien es el maestro absoluto de todos los órganos, y por consiguiente lo mental rige toda la acción psíquica (Shen). Los meridianos no solo alimentan a estos odontones sino que también reciben energía de estos, produciéndose un circuito de doble vía; así pues podemos encontrar odontones dañados por un problema; por ejemplo presentarse los odontones anteriores con daño por una hipertrofia prostatica o viceversa.

TABLA 1. EL DIENTE Y SUS RELACIONES ENERGÉTICAS CON EL RESTO DEL ORGANISMO, ELECTROACULPULTURA, SEGÚN VOLL

Organos de los sentidos	18 Oído interno	17 y 16 Seno maxilar	15 y 14 Células etmoidales	13 ojo	12 y 11 Seno frontal
Articulaciones	Hombro y codo Manos y dedos	Maxilar, mandibular Rodilla por delante	Hombro, codo, mano radial dedo gordo del pie	Rodilla por detrás, cadera y pie	Rodilla por detrás, sacrocoxis, pie
Segmento de la medula espiral	C8, T7, T6, T5, T1 S3, S2, S1	L1, T12, T11	C7, C6, C5, T1, T3, T2, L5, L4	T8, T9, T10	L3, L2, C6, S5, S4
Vértebras	C7, D6, D5, D1 S2, S1	D12, D11, C1	C7, C6, C5, D4, D3, L5, L4	D9, D10	L3, L2, C6, S5, S4, S3
Órganos	Corazón lado derecho Duodeno	Páncreas y estomago derecho	Pulmón e intestino grueso derecho	Hígado derecho, vesícula	Riñón y vejiga derecha
Glándulas endocrinas	Lóbulo anterior de la hipófisis	Paratiroides y tiroides	Lóbulo posterior del timo, la hipófisis	Epífisis	Ninguno
Otros	Sistema nervioso central	Glándula mamaria derecha	Ninguno	Ninguno	Ninguno

Dientes superiores cuadrante derecho

Organos de los sentidos	28 Oído interno	27 y 26 Seno maxilar	25 y 24 Células etmoidales	23 ojo	22 y 21 Seno frontal
Articulaciones	Hombro y codo Manos, dedos y articulaciones	Maxilar, mandibular Rodilla por delante	Hombro, codo, mano radial dedo gordo del pie	Rodilla por detrás, cadera	Rodilla por detrás, sacrocoxis, pie
Segmento de la medula espinal	C8, T7, T6, T5, T1 S3, S2, S1	L1, T12, T11	C7, C6, C5, T4, T3, T2, L5, L4	T8, T9, T10	L3, L2, C6, S5, S4
Vértebras	D6, D5, D7, D1 S2, S1	D12, D11, L1	C7, C6, C5, D4, D3, L5, L4	D9, D10	L3, L2, C6, S5, S4, S3
Órganos	Corazón lado izquierdo Ileon izquierdo	Bazo y estomago izquierdo	Pulmón e intestino grueso izquierdo	Hígado, vesícula izquierda	Riñón y vejiga izquierda
Glándulas endocrinas	Lóbulo anterior derecho, hipófisis	Paratiroides y tiroides	Lóbulo posterior del timo, la hipófisis	Lóbulo posterior del timo	Epífisis
Otros	Sistema nervioso central	Glándula mamaria izquierda	Ninguno	Ninguno	Ninguno

Dientes superiores cuadrante izquierdo

Organos de los sentidos	38 Oído interno	37 y 36 Seno maxilar	35 y 34 Células etmoidales	33 ojo	32 y 31 Seno frontal
Articulaciones	Codo, manos y dedos y articulaciones	Maxilar, mandibular Rodilla por delante	Hombro, codo, mano radial dedo gordo del pie	Rodilla por detrás, cadera	Rodilla por detrás, sacrocoxis, pie
Segmento de la medula espinal	C8, T7, T6, T5, T1 S3, S2, S1	L1, T12, T11	C7, C6, C5, T1, T3, T2, L5, L4	T8, T9, T10	L3, L2, Co, S5, S4
Vértebras	C7, D6, D5, D1 S2, S1	D12, D11, C1	C7, C6, C5, D4, D3, L5, L4	D9, D10	L3, L2, Co, S5, S4, S3
Órganos	Corazón lado izquierdo, Ileon	Intestino grueso, pulmón izquierdo	Estomago, brazo izquierdo	Hígado, vesícula izquierda	Vejiga derecha riñón izquierdo
Glándulas endocrinas, sistema tisular	Sistema nervioso periférico	Venas arteriales	Vasos linfáticos	Gónadas	Suprarrenales
Otros	Reserva energética	Ninguno	Glándula mamaria izquierda	Ninguno	Ninguno

Dientes inferiores cuadrante izquierdo

Organos de los sentidos	48 Oído interno	47 y 46 Células etmoidales	45 y 44 Seno maxilar	43 ojo	42 y 41 Seno frontal
Articulaciones	Hombro, codo, mano radial dedo gordo del pie	Codo, mano, dedo gordo del pie	Rodilla por delante, mandíbula	Rodilla por detrás, cadera y pie	Rodilla por detrás, sacrococxis, pie
Segmento de la medula espinal	C8, T7, T6, T5, T1 S3, S2, S1	L1, T12, T11	C7, C6, C5, T1, T3, T2, L5, L4	T8, T9, T10	L3, L2, Co, S5, S4
Vértebras	C7, D6, D5, D1 S2, S1	D12, D11, C1	C7, C6, C5, D4, D3, L5, L4	D9, D10	L3, L2, Co, S5, S4, S3
Órganos	Corazón lado derecho, Ileon	Pulmón e intestino grueso derecho	Estomago derecho páncreas	Hígado derecho, vesícula	Riñón y vejiga derecha
Glándulas endocrinas	Nervios periféricos	Arterias venas	Vasos linfáticos, gónadas	Gónadas	Suprarrenales
Otros	Reserva energética	Ninguno	Glándula mamaria derecha	Ninguno	Ninguno

Dientes inferiores cuadrante derecho

El campo interferente es la interferencia de los sistemas conductores y transformadores de impulsos, o alteración del flujo normal de la información a través del organismo; es una zona que no conduce adecuadamente el impulso energético por estar despolarizada teniendo en cuenta que se encuentra dentro del SBP, para producir efectos patológicos a distancia cuando está cerca de un nervio. El campo interferente se encuentra en el SBP y en el ámbito de las células, por lo tanto no hay comunicación de membranas, ya que la célula se encuentra despolarizada.

El campo interferente puede ser causado por diferentes causas como la inflamación, el trauma con o sin cicatriz, cuerpos extraños inabsorbibles, etc.

Un campo interferente no siempre actúa como tal pero puede ser activado por diferentes causas, como una disminución de las células del organismo, estrés severo, cambios o alteraciones del clima, la edad, etc.

Concepción del suceso focal el suceso focal se lleva a cabo en el vegetativo (Pischinger, 1961), Sheidt y Siegmund definen foco, como un campo interferente “vegetativo”. Las afecciones orgánicas y reacciones específicas antígeno – anticuerpos, solo abarcan una pequeña parte de la totalidad; el efecto focal se lleva a cabo a través de bacterias patógenas o por invasión de sustancias, capaces de sensibilizar o por alérgenos. El efecto focal afecta el sistema vegetativo básico de todo el organismo.

1.4.2. TERAPIA NEUROFOCAL.

Es una terapia integral en todo el organismo. El impulso curativo, colocado con cualquier sustancia neural terapéutica, es respondido por todo el vegetativo, por cuyas vías se encuentran los caminos que llevan hacia la enfermedad y hacia la curación. Cada enfermedad

crónica puede deberse a un campo interferente; la inyección del neural – terapéutico que se repite según las necesidades de cada caso, y que es colocada en el campo interferente culpable, es la que cura vía fenómeno en segundos. (Pischinger, 1966).

Condiciones que debe reunir la practica de la Terapia Neurofocal el ejercicio de la terapia neurofocal, exige un dominio completo de todos los principios que la regulan y de las técnicas que podemos realizar y que el médico práctico se le facilita considerablemente, porque ninguno de los pasos son extraños o exótico, solo exige un conocimiento profundo de la anatomía humana, de sus relaciones y de los principios que regulan la fisiología y los distintos fenómenos que mantienen en orden nuestro organismo.

Cada aplicación de procaina, incorpora al organismo que la recibe un impulso eléctrico de 290 milivoltios, con los cuales se polarizan las membranas celulares despolarizadas por cualquier desgaste orgánico, intoxicación del mesenquima o campo interferente, creando un equilibrio que venía alterado o perdido, donde el vegetativo lleva la mejor parte.

Debido a esto el cuerpo responde a través del neurovegetativo, ya que es estimulado por las aplicaciones, así sean zonas alejadas del sitio donde se muestra la enfermedad, porque el autónomo es una red infinita que reviste todas las estructuras corporales, logrando transmitir impulsos curativos con la velocidad de la luz, ocasionando la curación, tomando el nombre “Fenómeno en segundos” o “Flash phenomen” de los ingleses o el “fenómeno Huneke de los alemanes.

Localización del campo interferente el campo interferente presenta dificultad, para hallarlo; puede estar al alcance de nuestra vista o puede tener una localización interna, invisible o impercatable, por eso la anamnesis debe partir del principio de que cada lugar del cuerpo se puede convertir en un campo interferente, por eso la búsqueda debe ser bien dirigida y

cuidadosamente graduada, y orientada de tal manera que no nos escape nada, donde el paciente hable y responda, y que pregunte, capte y palpe el médico.

Los principales campos interferentes los encontramos a menudo en amígdalas, dentaduras, cicatrices, oídos, nariz, senos paranasales, tórax, abdomen, pelvis, apéndice, terreno ginecológico, próstata, fracturas, lesiones en la piel, amputaciones, etc.

Indicaciones y contraindicaciones de la terapia neurofocal, puede afirmarse que todas las enfermedades ceden a un buen tratamiento neural terapéutico, pero hay algunas enfermedades en que es preferible no hacerse ilusiones, con los efectos curativos a saber: enfermedades mentales, infecciones avanzadas, curaciones del cáncer, mutilaciones post-quirúrgicas, enfermedades autónomas y carenciales (artritis deformantes), post irradiaciones y tratados con cortisona.

Material utilizado en terapia neurofocal el material utilizado es simple y sencillo, se emplean jeringas de ajuste hermético y odontológicos para cárpules, agujas de diversos tamaños (cánulas) y calibre (desde un centímetro de longitud, hasta quince) y todos los demás elementos que requiere un médico para realizar su actividad, como oxígeno, equipo de intubación, plasma, barbitúricos de acción corta, relajantes musculares, reguladores circulatorios, un preparado cortisónico hidrosoluble, etc.

Sustancia Neurofocal terapéuticas- Procaína el soporte fundamental que apoya esta terapia neural, es la Procaína, que fue descubierta por el alemán Einhorn en 1905, y la casa Hoechst registrara con el nombre de "Novocaína", es el P. Amino benzoldietil aminoetanol – hidrócloride; es la misma Scurocaina de los franceses y es una droga potentosa atóxica, muy calumniada por los anestesiólogos que la sustituyeron desde hace mucho tiempo por derivados anestésicos tóxicos, como la xilpcaína. Es un éter alcohólico del ácido paraamindoenzóico, que veinte minutos después de incorporado al organismo se desdobra en dos antihistamínicos:

para-aminobenzoico, dietil-aminoetanol; el primero es un elemento enzimático constructor del organismo y constituye el principio esencial contra el endurecimiento y esclerosamiento de los tejidos; el segundo, es un vasodilatador que tiende a regular la presión arterial y posee propiedades espasmolíticas sobre los vasos contraídos, es suave estimulante del sistema nervioso central, bloqueador de la colinesterasa y por ende eliminador de las reacciones fisiológicas de estrés. Es una sustancia bioenergética, que agrega al tejido 290 milivoltios de energía, su dosificación es mínima, porque no interesa el efecto anestésico sino el papel terapéutico que resulta de un impulso específico repolarizador.

Las reacciones adversas están ligadas a sobredosificación y a la presencia de sustancias vasopresoras como la adrenalina que a menudo le adicionan a la procaina la industria farmacéutica.

1.4.3. LESIONES ENDODONTICAS

Dientes con pulpa muerta, indiferentemente con endodoncia o no son aceptados el que un diente con pulpa muerta, distribuye en cualquier forma sustancias capaces de sensibilizar (Altman, 1 en 1958), quien siempre habla de “dientes con pulpa muerta” y jamás de “dientes muertos”, puesto que el diente con pulpa muerta, en sentido biológico no representa ninguna estructura muerta. Se sabe que a través de las fibrillas del recubrimiento apical en el espacio periodontal fibrillas que se insertan en la capa de cemento, tiene el diente una unión orgánica con el tejido periodontal y su corriente humoral; si esto no fuera cierto estaría verdaderamente muerto, entonces sería tratado por el organismo como un cuerpo extraño, pues así actuaría y comenzaría el proceso de expulsión, esto viene a suceder en dientes cuyo conducto ha recibido tratamiento ideal y en dientes con varias raíces, traspasando productos interferentes del metabolismo, desde el interior del diente por vía canaliculos transversos (dentina, cemento, periodonto y forámenes apicales), siendo estas sustancias de sensibilizar (antígenos), para

llegar a todo el cuerpo y dar como consecuencia procesos alérgicos, sin tener en cuenta que en el conducto apical, se encuentren o no bacterias, ya que el fenómeno focal es un problema alérgico neural y no bacteriano a pesar que el microorganismo puede jugar un papel importante.

Si el problema es bacteriano, es perfectamente solucionable, utilizando técnicas y procedimientos; dependiendo de la destreza del operador. Se ha comprobado que en un corto tiempo, después de un tratamiento de conductos, la estructura ósea que presentaba alteraciones radiográficas en el área periapical, se normaliza, mas no equivale a un saneamiento focal, pues sería un error sostener lo contrario; este error se debe a un mal atendido en literatura, pues dichos autores, verdaderos expertos entienden por foco la alteración radiográficamente visible, mientras foco debe considerarse como el compromiso de la estructura dentaria con pulpa muerta. Así se presente una curación morfológica, será establecido como un “foco intradental”.

Toda endodoncia, no es un problema el tratamiento del canal, sino lo que pueda suceder a lo largo y ancho de los canalículos transversos, que van desde el interior del diente hasta el periodonto y viceversa; por algún tiempo se discutió que no existía alguna comunicación mas halla de la frontera (dentina – cemento), incluso se hablo de una barrera impenetrable.

Hay que tener presente el hecho de que aún no se halla logrado desarrollar un tratamiento de conductos capaz de evitar una enfermedad focal dentógena, o por lo menos de influenciar benéfica y permanentemente una que ya se halla manifestado. El principio patogenético del diente con pulpa muerta se basa en la sensibilidad y alergización del cuerpo por descomposición proteica, la que muy a pesar del mejor relleno de canales, se abre paso a

través de los canalículos transversales del interior del diente hacia el periodonto y de allí a todo el cuerpo (Pritz 1964, Raab 1964).

Los estados consecuenciales a dientes con pulpa muerta en primer lugar se hará referencia a “los espacios muertos” según Passier, en donde el tratamiento de conductos es incompleto y se pueden tornar en focos, ya que en ellos se encuentran masas de detritos que a su vez conducen a descomposición y a la formación de sustancias capaces de sensibilizar y que una vez que lleguen al sistema capilar del tejido periodontal vecino, actúan como alergenos en todo el organismo.

Las alteraciones como osteítis periapical demarcada “granuloma”, osteítis periapical difusa, quistes apicales, son alteraciones tisulares patológicas locales cuya actividad focal se basa en el factor común a todas: la litis crónica mas o menos encapsulada. Si se rompe la defensa local situada alrededor de estos focos crónicos, defensa que se caracteriza por infiltraciones linfocitarias y plasmocelulares, al pie de los nódulos linfáticos, pueden surgir las manifestaciones a distancia. Esto es determinado siempre por la capacidad de defensa de que disponga en ese instante el organismo.

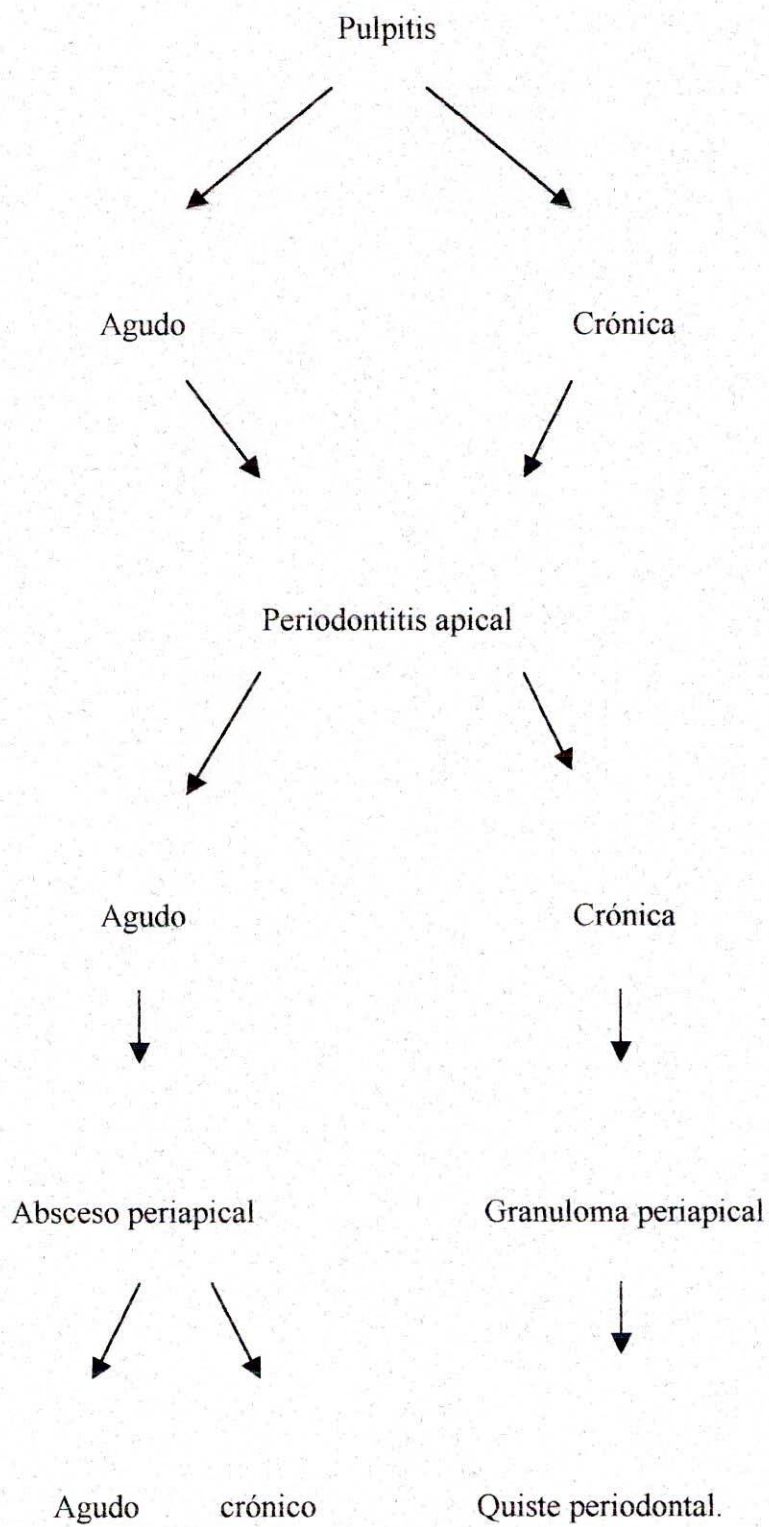
Dientes vivos pero enfermos caben la posibilidad que un diente vivo adquiera carácter de foco, esto se da cuando recaen ciertas influencias sobre él, tales como efectos mecánicos traumáticos, térmicos, físicos, eléctrico, bacteriano infeccioso, tóxicos, químico medicamentosos, abrasiones fuerte, caries profundas como se ven a menudo en esclerosis múltiples, debajo de obturaciones de metal, de plásticos, de silicatos que conllevan a alteraciones inflamatorias o degenerativas de la pulpa, lo que por su parte conduce a descomposición proteica y formación de antígenos (Hiller, Dittmar y otros), esto puede ser observado en dientes vitales con corona de preferencia si se utiliza para ferular, pues el solo tallado del diente es una herida que puede traer como consecuencia lesión pulpar; no es la

caries la que en los casos citados tiene efecto focal, sino la alteración patológica de la pulpa, la sola alteración pulpar puede adquirir carácter de foco.

El principio patogénico común del diente con pulpa muerta y del diente aún vivo pero enfermo, se basa en la sensibilización del cuerpo por descomposición proteica. V.gi. por detritos resultantes de dicha descomposición.

Grafica 1: ENFERMEDADES DE LA PULPA Y DE LOS TEJIDOS PERIAPICALES

(Shafer W:G: 1986).



Pulpa es un tejido conectivo que se encuentra entremezclado, en forma abundante con vasos sanguíneos muy pequeños, vasos linfáticos, nervios mielinizados y no mielinizados y células no diferenciadas de tejido conectivo, reaccionan a la inflamación bacteriana u otros estímulos mediante una respuesta inflamatoria.

El hecho de que el tejido pulpar se encuentre rodeado por paredes dentinarias duras, impide la hinchazón excesiva del tejido que ocurre en las fases hiperémicas y edematosa de la inflamación en otro tejido, de tal forma que los vasos sanguíneos que alimentan al tejido pulpar deban entrar al diente a través del foramen apical impide el desarrollo de un extenso abastecimiento sanguíneo colateral a la parte inflamada. (Shafer W:G: 1986).

Enfermedades pulpares la enfermedad pulpar para su clasificación se basa más en los síntomas del paciente y en las observaciones clínicas, que en la histopatología. La enfermedad pulpar incluye la de los tejidos blandos como la pulpitis reversible e irreversible, pulpitis hiperplásicas y necrosis pulpar. La respuesta de los tejidos duros son calcificaciones, aumento en la formación de dentina y resorción. (Waltón R.E. 1990).

Pulpitis es la inflamación de la pulpa dentaria y de los tejidos periodontales adyacentes que producen odontalgia. La pulpitis puede ser consecuencia de la irritación térmica, química, traumática, o bacteriana de la pulpa. La inflamación y la irritación pulpar secundaria a una caries, constituyen la causa más frecuente como la pulpa está rodeada por partículas dentinarias duras, una reacción inflamatoria, resulta generalmente en necrosis. (Waltón R.E. 1990).

Pulpitis reversible se produce a causa de estímulos mínimos y de corta duración como: Caries incipiente, erosión cervical, procedimientos operatorios, curetaje periodontal profundo y fracturas del esmalte.

Signos y síntomas. No se acompaña con síntomas agudos; sin embargo cuando estos están presentes usualmente son de un patrón muy particular, la aplicación de estímulos como líquidos, frío o aire, así como calientes pueden producir un dolor transitorio y agudo.

Tratamiento: Retirar el estímulo. (Waltón R.E. 1990).

Pulpitis irreversible por lo general es una secuela de la pulpitis reversible además, el daño pulpar grave producido por remoción dentinario extensa durante procedimientos operatorios o un deterioro grave del flujo sanguíneo debido a un traumatismo o movimientos ortodonticos pueden también ocasionarla.

Signos y síntomas. Por lo general es asintomático, o el paciente reporta solo síntomas leves, puede haber dolor espontáneo, agudo, constante, localizado difuso y puede durar minutos u horas.

Tratamiento: Tratamiento convencional de conducto y exodoncia. (Waltón R.E. 1990).

Pulpitis Hiperplásica (Pólipo pulpar) es una forma de pulpitis irreversible, es el resultado del crecimiento de una pulpa joven crónicamente inflamada hacia la superficie oclusal de las coronas cariadas.

Signos y síntomas. Son asintomático, sobrecrecimiento rojizo en forma de coliflor y dolor espontáneo y continuo.

Tratamiento. Tratamiento convencional de conducto. (Waltón R.E. 1990).

Calcificaciones pulpares es la condición que ocurre como respuesta al traumatismo, caries dental o enfermedad periodontal.

Signos y síntomas. Color amarillento de la corona, puede o no haber dolor, radiográficamente hay obliteración de la cámara pulpar y de los conductos radiculares y reducción en el espacio de la pulpa coronal.

Tratamiento. No requiere tratamiento. (Waltón R.E. 1990).

Resorción interna algunas veces puede ser ocasionada por inflamación de la pulpa, ya que esta se transforma en tejido de granulación altamente vascularizado y con actividad oclástica de la dentina este tejido de granulación, resorbe las paredes dentinarias del conducto radicular y avanza del centro hacia la periferia.

Signos y síntomas. Asintomático, mancha rosada en la corona, responde a las pruebas de vitalidad, responde a la percusión y palpación, radiográficamente hay presencia de una lesión radiolúcida.

Tratamiento. Tratamiento convencional de conducto y exodoncia (cuando hay perforación lateral del periodonto). (Waltón R.E. 1990).

Necrosis pulpar (gangrena pulpar) es el resultado de una pulpitis irreversible, si el exudado que se produce se drena a través de la caries o la exposición dentro de la cavidad oral, esta se retarda y la pulpa radicular puede mantenerse intacta por mucho tiempo. Se produce necrosis pulpar debido a la falta de oxígeno y en consecuencia produce isquemia, con una infección bacteriana. Puede ser causada por cualquier germen saprofito que invada al tejido aunque esta no se debe considerar como una forma específica de enfermedad pulpar sino simplemente el resultado final más completo de la pulpitis en la que existe una necrosis total del tejido, también se puede llamar gangrena seca, cuando la pulpa muere por alguna razón no explicada.

Signos y síntomas. Casi siempre son asintomático, pueden estar asociado con episodio de dolor espontánea y dolor a la palpación.

Tratamiento. Tratamiento convencional de conducto y exodoncia. (Waltón R.E. 1990).

Periodontitis apical (Granuloma) es una de las mas comunes secuelas de la pulpitis irreversible, es esencialmente una masa localizada de tejido de granulación crónica, que se forma en respuesta a la inflamación.

Se debe señalar que la diseminación de la infección pulpar por lo regular se hace en dirección periapical, también esta se puede diseminar por los conductos accesorios y esto da lugar al surgimiento de un granuloma “lateral”. (Waltón R.E. 1990).

Periodontitis Apical Aguda la primera causa de esta es la extensión de la inflamación pulpar dentro de los tejidos periapicales, los irritantes que estos producen son: Salida de bacterias y sustoximas; sustancias de las pulpas necroticas; sustancias químicas; traumatismo dentro de los tejidos periapicales causados por los instrumentos; hiper oclusión.

Signos y síntomas. Dolor espontáneo ligero o grave; dolor al contacto con el diente opuesto; respuesta al frío, calor, electricidad; engrosamiento del espacio periodontal.

Tratamiento. Ajuste oclusal (presencia de hiper oclusión); remoción de irritantes de la pulpa; tratamiento de conducto (recapitulación). (Waltón R.E. 1990).

Periodontitis Apical Crónica es la consecuencia de la necrosis pulpar, y por lo general es una secuela de la Periodontitis Apical Aguda.

Signos y síntomas. Es asintomático o se presenta una molestia mínima; no responde al test de vitalidad; presenta movilidad; puede o no haber dolor a la percusión; hay una leve sensibilidad a la palpación; radiográficamente se evidencia interrupción de la continuidad de la lámina dura hasta la destrucción de tejido periodontales.

Tratamiento. Remoción de irritantes iniciales (pulpa neurótica); tratamiento convencional de conducto. (Waltón R.E. 1990).

Osteítis periapical difuso o condensante es una variante de la periodontitis apical crónica, representa un aumento difuso en el hueso trabecular como respuesta a un irritante continuo, este se difunde desde los conductos radiculares hacia dentro de los tejidos periapicales, siendo la causa principal. Por lo general esta lesión se observa alrededor de los ápices de los dientes posteriores inferiores, que muestra una causa probable de inflamación pulpar o necrosis. Sin embargo, puede ocurrir en el ápice de cualquier diente.

Signos y síntomas. Dependiendo de la causa (Necrosis pulpar y pulpitis) esta puede ser asintomático, o estar asociada con dolor y molestias. Radiográficamente se presenta una imagen difusa y concéntrica de radioopacidad alrededor de la raíz del diente.

Tratamiento. Tratamiento convencional de conducto, exodoncia. (Shafer W:G: 1986).

Quiste periapical es el quiste odontogénico más común a diferencia de otros quistes, afecta el ápice de un diente erupcionado y es el resultado más frecuente de infección por la vía de la cámara pulpar y del conducto radicular causada por la caries que afecta el diente. Podemos denominar "quiste residual" a un quiste periodontal que persiste o se desarrolla después de la extracción de un diente, el quiste periapical tiene una cavidad central llena de fluido

eosinofílico o material semisólida y esta rodeado por epitelio escamoso estratificado, es una lesión inflamatoria o propiamente “un quiste entre un granuloma”.

Signos y síntomas. Dolor espontáneo ligero o grave; asintomático; movilidad.

Tratamiento. Tratamiento convencional de conducto y quirúrgico. (Shafer W:G: 1986).

Pato fisiología del efecto focal dentogeno, el diente está unido orgánicamente al hueso a través del alvéolo tiene también relaciones vecinales con la encía que contiene tejido conectivo.

En el diente con pulpa muerta (o en el enfermo), el espacio pulpar se convierte en sede de procesos patológicos, los que se esparcen por la vía de las comunicaciones transversales pulpa- dentina – cemento – periodonto- forámenes apicales, se afecta entonces primero el tejido conectivo de la región circunvecina y más tarde el hueso. Además tenemos que recordar que en los canaliculos de Havers, del hueso periodontal se hallan los elementos del sistema básico vegetativo, estos son: Tejido conectivo blando intersticial con vasos capilares, vasos linfáticos y nervios vegetativos. Estos elementos le responden a la noxa que sea como cualquier otro tejido inflamación y rechazo, y casi en ellos se pierde en ello sustancia. Si la fuerzas defensivas son suficientes surge una demarcación del proceso y se forma el granuloma, pero si la defensa es débil resulta allí una osteítis periapical más o menos difusa.

Hay que aceptar que no todo tejido conectivo irritado alrededor de un foco dentógeno representa un campo interferente irradiante, denominado falsamente “foco dispersante”. La defensa local puede ser suficiente para limitar en su sitio mismo la irritación.

Si esta defensa no alcanza puede ser entonces que sobre la red terminal nerviosa y capilar del sistema vegetativo básico se invaden terrenos de reacción mayores o quizás todo el organismo.

El sustrato anatómico – patológico que tisularmente le corresponde a efectos patológicos distantes provenientes de focos apicales producidos experimentalmente y que afectaron todo el organismo, fue investigado en animales, por Blumencron. Al examen histológico de los órganos parenquimatosos (corazón, hígado, riñón) apareció como hallazgo marcante y constante.

En la pared vascular se depositaron claramente masas que se manifestaron parcialmente en forma de inhibición, proteínica del parenquima. Otro hallazgo que llamó la atención fue la enorme hinchazón o edematización de la pared vascular y del tejido conectivo peri vascular.

El organismo no puede equilibrar las sobrecargas provenientes de campo interferente, cosa que le sucede en cuanto se presenta cualquier episodio estresante de naturaleza general. Un ejemplo impresionante de la manera como reacciona el sistema vegetativo básico excluyendo el hecho pocas veces registrado a conciencia de que existe una pulpitis intensa “todo” el organismo presenta malestares, después de la extirpación pueden presentar ictericia (Pischinger) debido al cambio de funciones de las células estrelladas de Kupffer pues ellas representan el aparato del hígado y sabemos que tanto en el foco como en el hígado vegetativo básico se halla presente con todo su equipo de interacción sin las nuevas bases de esta medicina integral no hubiéramos podido entender todos estos procesos. (Blumencron, W.)

¿POR QUÉ SE PRESENTAN FRACASOS EN ENDODONCIA?

Los fracasos en endodoncia se pueden dar por los llamados espacios muertos de Passler en

donde el tratamiento de conductos es incompleto, presentándose un acumulo de detritos que ocasionan una descomposición proteica. La alta toxicidad de los medicamentos, que se utilizan en los tratamientos de conductos, crea campos interferentes y por consecuente fracasos en endodoncia, es el caso del óxido de zinc-eugenol. (Moreno G., 1999).

Según Bohórquez y colaboradores en 1999, estudio que se realizo en el COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO se obtuvieron las siguientes conclusiones. La terapia del conducto radicular se ha basado sobre el principio de causa y efecto. Una vez el irritante es erradicado, el cuerpo puede ser capaz de dar marcha atrás a la respuesta inflamatoria y permitir la cicatrización. Por esta razón los doctores Arens y Torabinejad (1995) se refieren a un alto grado de éxito cuando se debrida todo el conducto y se obliteran y sellan el espacio desinfectado con un material inerte y no soluble, y si la restauración está bien ajustada y sin filtración. Estudios realizados durante 40 años soportan esta hipótesis e indican que hay 87% a 92% de éxito cuando los principio básicos de instrumentación, desinfección y obturación son cuidadosamente ejecutados. De cualquier forma cada caso se debe evaluar de manera individual respecto al porcentaje de probabilidad de éxito. El pronóstico es la palabra clave, se refiere a la predicción del éxito o fracaso en una situación determinada. Las ventajas de comprender el pronóstico de los procedimientos de endodoncia incluyen el desarrollo de métodos de tratamiento más razonables, evitar factores que produzcan una mayor incidencia de fracaso para mejora el conocimiento de la enfermedad y comprender mejor el proceso de cicatrización.

La interpretación radiográfica, anatomía del sistema pulpar, meticulosidad del debridamiento y el nivel apical de la instrumentación, grado de sellado apical en la unión cemento destinaria,

grado de sellado coronal y restauración de la corona, asepsia del régimen terapéutico, estado sistémico y de salud del paciente, habilidad y capacidad del operador.

Los elementos que pueden definir el éxito o el fracaso en un caso particular son, estado pulpar, accidentes de procedimiento, por ejemplo perforaciones o instrumentos rotos, fracturas coronales y/o de la raíz, estado periodontal y proceso patológico, discrepancias oclusales, tamaño de la rarefacción peri radicular, umbral del paciente ante el dolor, nivel de la obturación endodóntica, obturación o extensión excesiva, momento de la evaluación Postterapéutica, grado de calcificación del conducto, comunicaciones accesorias, presencia de resorción radicular.

Los elementos con influencia o efecto menor en el resultado final del tratamiento son, edad y sexo del paciente, causa de muerte o lesión pulpar, ubicación del diente.

TERAPIA NEUROFOCAL EN LESIONES ENDODONTICAS.

La odontología Neurofocal desempeña en la actualidad un papel preponderante dentro del desarrollo de la medicina biológica, pues en la cavidad oral puede encontrarse el punto de partida o el factor desencadenante de una enfermedad sistémica, o puede ser el sitio a través del cual el organismo refleja una patología a distancia.

Teniendo en cuenta toda la fundamentación neurofocal, surgió entonces la necesidad de proporcionar al medio soluciones adecuadas, por tal motivo se ha logrado una alternativa biológica en reemplazo de biomateriales utilizados en endodoncia, los cuales se han venido comportando como verdaderos “campos interferentes”.

Pese a todos estos esfuerzos con los cuales se logra superar el campo interferente de origen eléctrico y en algunos casos de origen químico, se ha logrado demostrar como en algunos casos, el tratamiento de conducto continuo manifestándose como un campo interferente. Revisados estos casos se ha logrado identificar que la persistencia de dicha acción irritativa está determinada por los componentes de las sustancias empleadas en la preparación y obturación de los tratamientos de conductos, debido a la irritación local que se ocasiona por su empleo. Sustancias estas que van a afectar los elementos del sistema de regulación basal, el cual es altamente sensible a las variaciones.

Teniendo en cuenta la naturaleza de las sustancias empleadas en las endodoncias, podemos concluir que son estas las posibles generadoras de los campos interferentes de difícil superación encontrados en las diferentes terapéuticas médicas. (Osorio Y, Fajardo F, Osorio J. 1994).

Tabla 2: SUSTANCIAS EMPLEADAS EN ENDODONCIA

I	II	III
SUSTANCIAS PARA LA IRRIGACIÓN DE CONDUCTOS RADICULARES	AGENTES ANTIMICROBIANOS	SUSTANCIAS OBTURADORAS DE CONDUCTOS RADICULARES.

Fuente: laboratorios HEEL Ltda..

La evaluación de un material endodóntico en cuanto a seguridad, eficacia y adecuación puede efectuarse en tres formas distintas. Estas son: Evaluación de las propiedades físicas del

material, de sus propiedades biológicas y, finalmente de su utilidad clínica. Es importante anotar que los factores etiológicos involucrados en la inflamación de la pulpa dental puede ser agrupada en cuatro categorías generales: Bacteriano, iatrogénico, traumático e ideopático. (Leonardo M. Leal J. Cohen S. 1994).

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. General

Establecer el manejo de las lesiones endodónticas, a partir de la terapia neurofocal.

1.5.2. Específicos

- Describir los conceptos teóricos – prácticos, empleados en la terapia neurofocal.
- Establecer las características clínicas de los campos interferentes, producidos por lesiones endodónticas.
- Identificar los campos interferentes que se producen por lesiones endodónticas.
- Aplicar la terapia neurofocal en los campos interferentes que se produzcan por tratamientos endodónticos.

2. MÉTODO

2.1. TIPO DE ESTUDIO

Caso clínico.

2.2. OBJETO DE ESTUDIO

Lesiones endodónticas.

2.3. UNIDADES TEMÁTICAS

- Concepto teórico práctica usados en terapia neurofocal.
- Características clínicas de los campos interferentes producidos por lesiones endodónticas.
- Campos interferentes que se producen por lesiones endodónticas.
- Aplicación de la Terapia Neurofocal en campo interferente producido por tratamiento de conductos.

2.4. FUENTES DE INFORMACIÓN

- Documentos de biblioteca personal del Dr. Mauricio Torres.
- Internet: Gui@ de Profesionales.
- Hell de Colombia Ltda.. Laboratorio de Medicina Biológica.
- Biblioteca del Colegio Odontológico Colombiano.

2.5. INSTRUMENTO

Para el presente estudio se utilizaron los siguientes anexos:

Anexo 1. Aceptación voluntaria del paciente.

Anexo 2. Historia clínica.

2.6. PROCEDIMIENTO

Paciente masculino de 52 años raza blanca llegó a la clínica presentando dolor en el primer molar inferior derecho, al realizarle la historia clínica y al evaluarlo el paciente refiere haber presentado enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales y endocrinas y al hacer la revisión por sistema el paciente presenta cefalea, dolor facial, hiperhidrosis, vértigo, vomito, diarrea, pirosis, dolor precordial y hemoptisis. También nos hace referencia a una dieta hiperproteica, hiperlipídica y cítrica.

Al realizar el examen físico presenta un peso de 83 Kilos, una estatura de 155 centímetros, una temperatura de 37.5 °C, y una presión arterial de 135/100 mm/Hg.

Como examen complementario se le tomo una radiografía periapical donde se observo caries recurrente, se procedió a anestésiar el paciente, se retiro la obturación, se elimino la caries y se observo compromiso de cuernos pulpares continuando con la apertura de la cavidad pulpar y se localizo los dos conductos mesiales y el conducto distal, se tomo una radiografía periapical donde se observo la conductometría tentativa ya que con esta se determino la conductometría definitiva de cada conducto, posteriormente se continuo con la preparación de cada uno de los conductos hasta la lima numero 45, se ubico el cono principal en cada uno de los conductos, se tomo una radiografía periapical donde se observo la conometetría de cada conducto, se procedió a una condensación lateral con conos numero 15 utilizando como medicamento obturador la solución Traumeel S combinado con hidróxido de calcio, se tomo

una radiografía periapical donde se observó la condensación lateral de cada uno de los conductos, y se da por terminado el tratamiento convencional de conductos con el corte del ramillete. Y se dejó un cemento temporal en la cavidad.

Ocho días después se citó al paciente al consultorio para realizar el control del tratamiento y efectuar la terapia procainica que consiste en la despolarización de las membranas que producen el dolor, esto se realizó con la infiltración de procaína en las zonas donde refería dolor. Se hizo la infiltración intraoral con jeringa carpule, y extraoral con una jeringa de insulina.

3. RESULTADOS

3.1. CONCEPTOS TEORICO PRACTICOS DE LA TERAPIA NEUROFOCAL.

El vegetativo, para empezar a definir que es un vegetativo, se debe tener en cuenta los puntos sobre él termino en sí, el primero procede del latín “vegere” que designa alegre, ser vivaracho, y “vegetare” o animar, que según esta etimología, debe llamarse Vegetativo a todas las funciones que den movimiento a los inconscientes de la vida, ya sean las involuntarias o las voluntarias; Dicho de otra manera vegetativo significa regulación y defensa. Estas funciones las hay en animales, plantas, criaturas que carecen de nervios, como también en gérmenes y embriones, e inclusive antes de que se hallen formados nervios y vasos. (Pischinger, 1969).

Según L.R. Muller Hober, 1920, dio la segunda versión de la palabra vegetos, que significa planta, según esto se entiende por vegetativo todas aquellas funciones básicas, que constituyen la planta, hasta el bacterium, descartando el virus, ya que estos son elementos hallados fuera del organismo.

El factor común de estas dos versiones, muestran el control y la regulación de las funciones vitales básicas (Abethe, 1952) tales como: El metabolismo del oxígeno, el presupuesto de ácido y bases, el presupuesto de mineral, calcio, magnesio, potasio, sodio, etc., el presupuesto de agua: sin agua no hay vida y mantener la temperatura: Conservar la temperatura (también en el poiquiloterma).

Así mismo se le anexan las sustancias nutritivas necesarias para conservar la vida primitiva, como: Proteínas, grasas e hidratos de carbono; estos factores definen el potencial bioeléctrico de células y tejidos, formando el núcleo de las funciones vegetativas, de su mezcla armónica provienen las funciones de defensas, influyendo en los procesos físicos y síquicos. Para lograr esto necesitan los multicelulados un sistema coordinado “Sistema gran regulador – Vegetativo”.

El sistema vegetativo esta conformado por el sistema nervioso autónomo, con el vago, el simpático, el hipotálamo y el di encéfalo, y por el sistema endocrino con las hormonas y las células que poseen las capacidades reguladoras.

El mecanismo de acción del Vegetativo, trata de explicar el verdadero mecanismo de acción de los efectos focales; cada foco y campo de interferencia se halla en el tejido conectivo blando intersticial, y allí ellos producen sus alteraciones e irritaciones.

Pischinger1965; Recalcó que el reconocimiento que todos los focos o campos de interferencia, se encuentran en el tejido conectivo blando. La célula de tejido conectivo se relaciona con el medio circundante (líquido extracelular).

Este autor determino el sistema célula milieu que se encuentra en todos los recodos y sitios del cuerpo y representa el medio de vida para las células orgánicas y específicas. Es el portador de todos los vasos sanguíneos, linfáticos y nervios, es decir de todas las funciones secundarias.

Los últimos estudios dieron a conocer que existen relaciones estrechas entre nervios vegetativos y tejido conectivo, en el sentido de relaciones fisiológicas, esto se puede estudiar

en órganos que contienen nervios y que carecen de fibras musculares de glándulas y de células epiteliales, como la pulpa dentaria, la encía y el peritoneo, también en los exentos capilares como la válvula pulmonar o el endocardio.

El fenómeno de segundos, es un hecho innegable, que después de una inyección de Impletol, en un foco activo o campo interferente, por ejemplo en la punta del ápice de un diente sospechoso, el efecto patológico lejano que de allí parte (por ejemplo dolores articulares, etc.) desaparece transitoriamente en cuestión de segundos. Esta liberación del dolor debe durar por lo menos 8 horas, tratándose de focos dentógenos y a la repetición de la misma inyección tiene que ser plenamente repetible el mismo fenómeno.

Partiendo de la observación del vegetativo, es comprensible el suceso, teniendo que es el portador de las funciones vitales básicas primarias (es un sistema celular indiviso, e incisal) que a través de una red capilar y neural terminal mantiene estrechas interrelaciones tanto con los centros inespecíficos de regulación del cuerpo como también con las células orgánicas específicas. Es de esperarse que una desconexión momentánea o repolarización de campos de interferencia de acción general, le devuelva al vegetativo en su totalidad el tono perdido, permitiéndole retornar con sus funciones a una situación normal de reaccionabilidad; dicho retorno se logra con Procaina o Lidocaina, que fuera del efecto repolarizador inhibe inflamaciones. Es el que hace que molestias orgánicas situadas lejos del campo interferente desaparezcan por lo menos en forma transitoria, siempre y cuando que la anatomía aún lo permita.

El procedimiento odontológico, respecto al procedimiento del test de Impletol, se ha dicho que cada diente sospechoso debe inyectarse por bucal y lingual, en terreno de la punta del ápice.

La desconexión troncular en la espina de Spe o foramen mandibular, en el foramen mandibular, en el foramen mental o en la tuberosidad, agujero palatino posterior o en el canal infraorbitario del maxilar, no es apropiada para hacer el test a dientes sospechosos de portar focos, cuya acción parte desde las áreas inervadas por los citados nervios, puesto que el campo de interferencia del que pueden partir las molestias orgánicas lejanas tienen que recibir el Impletol localmente, cosa imposible con anestesia conductiva.

En el fenómeno de segundos positivos, se presenta una reestructuración característica en el cuadro hemático diferencial; desaparecen los linfocitos grandes, surgen formas irritativas, según Klima, 1965 y linfocitos de Stress, según Frank Daughtddy, 1965, y así como también se comprueba la normalización de valores antes demasiados altos en el consumo del yodo en el estrato sangre, suero, libre de proteínas (Pischinger, 1965).

El cociente vegetativo, es el que determina las defensas existentes en el organismo, por medio de los test habituales no podemos llegar a un resultado específico, para ello se utiliza dos métodos, considerados con "test integrales" que tienen la capacidad de satisfacer las expectativas. El primero es el análisis de los criterios hematológicos (Reacciones de Elpimed, según F. Perger, 1963) y la segunda es la Yodometría (Reacción de fijación del yodo, según: A. Pischinger, 1966). Los criterios hematológicos se basan en investigaciones científicas, realizadas por Selye 1953 y otros, sobre las funciones normales de un organismo considerado como sano, responde en tres fases: Fase de Schok, Fase de contra Schok, y Fase de consecuencia. En la Fase de shok, descienden los niveles de calcio y colesterin y disminuyen los leucocitos, eosinofilos, y el aumento del nivel de magnesio. La Fase de contra shock, presenta valores de calcio y colesterin, en consecuencia aumentan los eosinofilos y disminuyen los valores normales del magnesio, y por ultimo en la Fase de consecuencia todos

los valores vuelven a la normalidad. Según Perger 1962 logro demostrar a través de un experimento que en caso de regulaciones normales de defensa, al inyector por vía subcutánea, 1c.c. de Elpimed en un intervalo de una hora, aumentaba los valores de calcio en el suero, aumentando con el tiempo. Se entiende como la reacción del organismo al estado vegetativo de Schock; en pacientes con campos interferentes activo, tienen valores de calcio distinto, por lo tanto se mantienen atrapados en la fase de Schock. El otro método es la yodometría que actúa sobre el terreno humoral del vegetativo.

Esta técnica se basa en que todo foco y todo campo de interferencia, esta en el tejido conectivo blando intersticial así como en los canaliculos de HAVERS, el hueso periodontal, la encía y la pulpa dentaria, donde se encuentran los tejidos conectivos mesenquimáticos.

Todo foco interferente, actúa primero en el sistema vegetativo básico, según Pischinger 1966, este sistema es repartido por todo el cuerpo, ya que esta compuesto por fibrillas que le permiten penetrar en las células orgánicas es como el campo interferente o foco, interviene a todo el sistema vegetativo básico, siempre que las molestias sean fuertes para romper la barrera defensiva, alrededor del campo interferente, de tal forma que se permita traspasar el terreno afectado y trasladar su efecto a distancia, es entonces cuando aparece un cambio en la situación vegetativa básica de todo el cuerpo, presentando desordenes en la regulación de defensas, lo que se conoce como regulaciones inespecíficas conectivas y mas exactamente humorales, que son dirigidas por sistemas oxido – reductores, la existencia de esta hace posible el surgir de efectos a distancia proveniente de focos, sino también puede ser la causa de la resistencia a toda terapia que se dan en algunas enfermedades exógenas que no se deben a focos. La reacción estandarizada del yodo de Pischinger y colaboradores permitió establecer que el consumo de este en suero sanguíneo desproternizado, permite captar una cantidad de

los complejos activos del sistema humoral “Sistema gran regulador” de las funciones vitales, cuyos orígenes se encuentran en el vegetativo. Este método de yodometría, según Kret Sarzt 1996, explica la transformación de yodo elemental en Ion Yodo, que tiene un valor promedio de 81.3 mo% si aumenta el promedio de este valor, se detecta un estado reductivo, significando que las regulaciones vegetativas de defensa, estén desordenadas.

El SBP, es una estructura histológica, donde se encuentran las células del tejido conectivo blando indiferenciado (infinidad de estructuras como Linfocitos, monocitos, fibroblastos, mastocitos, células adiposas, macrófagos, eosinófilos, células plasmáticas, pericitos, células endoteliales, capilares, hematíes, fibras elásticas, fibras colágenas, fibras reticulares, etc.) del liquido extracelular, de los capilares y del plexo de fibras vegetativas nerviosas terminales y está en intimo contacto con el resto del organismo mediante la vía aferente por los capilares y fibras nerviosas terminales; y por la eferente a través de las vías linfáticas. Histológicamente se nota que no hay un contacto directo e inmediato entre las células orgánicas y los capilares y las fibras nerviosas vegetativas terminales, por lo tanto cada estímulo y cada proceso metabólico entre las células orgánicas especializadas, y los proceso metabólicos de las fibras nerviosas terminales, tienen que llevarse a cabo a través del LIQUIDO TISULAR EXTRACELULAR. Es por esta razón que por estímulos irritativos como cambios de PH se producen una modificación de su biopotencial y células indiferenciadas tipotenciales (reticulocitos) que se transforman en diversas formas externas correspondiendo a las diferentes ofensas.

Todos los procesos de la vida tienen una dependencia absoluta con el SBP, este hecho esta documentado por la distancia entre las células orgánicas y capilares y las fibras nerviosas

terminales, es pues el único tejido corporal que permanece en contacto inmediato con todas las células orgánicas y por esta razón que se torna posible una reacción de la totalidad.

El campo interferente, es la interferencia de los sistemas conductores y transformadores de impulsos, o alteración del flujo normal de la información a través del organismo; es una zona que no conduce adecuadamente el impulso energético por estar despolarizada teniendo en cuenta que se encuentra dentro del SBP , para producir efectos patológicos a distancia cuando está cerca de un nervio. El campo interferente se encuentra en el SBP y en el ámbito de las células, por lo tanto no hay comunicación de membranas, ya que la célula se encuentra despolarizada.

El campo interferente puede ser causado por diferentes causas como la inflamación, el trauma con o sin cicatriz, cuerpos extraños in absorbibles.

Un campo interferente no siempre actúa como tal pero puede ser activado por diferentes causas, como una disminución de las células del organismo, estrés severo, cambios o alteraciones del clima, la edad.

La concepción del suceso focal, se lleva a cabo en el vegetativo (Pischinger, 1961), Sheidt y Siegmund definen foco, como un campo interferente “vegetativo”. Las afecciones orgánicas y reacciones específicas antígeno – anticuerpos, solo abarcan una pequeña parte de la totalidad; el efecto focal se lleva a cabo a través de bacterias patógenas o por invasión de sustancias, capaces de sensibilizar o por alergenicos. El efecto focal afecta el sistema vegetativo básico de todo el organismo.

La terapia neurofocal, es una terapia integral en todo el organismo. El impulso curativo, colocado con cualquier sustancia neural terapéutica, es respondido por todo el vegetativo, por cuyas vías se encuentran los caminos que llevan hacia la enfermedad y hacia la curación. Cada enfermedad crónica puede deberse a un campo interferente; la inyección del neural – terapéutico que se repite según las necesidades de cada caso, y que es colocada en el campo interferente culpable, es la que cura vía fenómeno en segundos. (Pischinger, 1966).

Las condiciones que debe reunir la practica de la Terapia Neurofocal en ejercicio de la terapia neurofocal, exige un dominio completo de todos los principios que la regulan y de las técnicas que podemos realizar y que el médico práctico se le facilita considerablemente, porque ninguno de los pasos son extraños o exóticos, solo exige un conocimiento profundo de la anatomía humana, de sus relaciones y de los principios que regulan la fisiología y los distintos fenómenos que mantienen en orden nuestro organismo.

Cada aplicación de procaína, incorpora al organismo que la recibe un impulso eléctrico de 290 milivoltios, con los cuales se polarizan las membranas celulares despolarizadas por cualquier desgaste orgánico, intoxicación del mesenquima o campo interferente, creando un equilibrio que venía alterado o perdido, donde el vegetativo lleva la mejor parte.

Debido a esto el cuerpo responde a través del neurovegetativo, ya que es estimulado por las aplicaciones, así sean zonas alejadas del sitio donde se muestra la enfermedad, porque el autónomo es una red infinita que reviste todas las estructuras corporales, logrando transmitir impulsos curativos con la velocidad de la luz, ocasionando la curación, tomando el nombre “Fenómeno en segundos” o “Flash phenomen” de los ingleses o el “fenómeno Huneke de los alemanes.

La localización del campo interferente presenta dificultad, para hallarlo; puede estar al alcance de nuestra vista o puede tener una localización interna, invisible o impercetable, por eso la anamnesis debe partir del principio de que cada lugar del cuerpo se puede convertir en un campo interferente, por eso la búsqueda debe ser bien dirigida y cuidadosamente graduada, y orientada de tal manera que no nos escape nada, donde el paciente hable y responda, y que pregunte, capte y palpe el médico.

Los principales campos interferentes los encontramos a menudo en amígdalas, dentaduras, cicatrices, oídos, nariz, senos paranasales, tórax, abdomen, pelvis, apéndice, terreno ginecológico, próstata, fracturas, lesiones en la piel, amputaciones.

Indicaciones y contraindicaciones de la terapia neurofocal, puede afirmarse que todas las enfermedades ceden a un buen tratamiento neural terapéutico, pero hay algunas enfermedades en que es preferible no hacerse ilusiones, con los efectos curativos a saber: enfermedades mentales, infecciones avanzadas, curaciones del cáncer, mutilaciones post-quirúrgicas, enfermedades autónomas y carenciales (artritis deformantes), post irradiaciones y tratados con cortisona.

El material utilizado en terapia neurofocal es simple y sencillo, se emplean jeringas de ajuste hermético y odontológicos para cámpules, agujas de diversos tamaños (cánulas) y calibre (desde un centímetro de longitud, hasta quince) y todos los demás elementos que requiere un médico para realizar su actividad, como oxígeno, equipo de intubación, plasma, barbitúricos de acción corta, relajantes musculares, reguladores circulatorios, un preparado cortisónico hidrosoluble.

La sustancia Neurofocal terapéutica, con Procaína, que fue descubierta por el alemán Einhorn en 1905, y la casa Hoechst registrara con el nombre de "Novocaína", es el P. Amino benzoldietil aminoetanol – hidrocloreto; es la misma Scurocaina de los franceses y es una droga potente atóxica, muy calumniada por los anestesiólogos que la sustituyeron desde hace mucho tiempo por derivados anestésicos tóxicos, como la xilocaína. Es un éter alcohólico del ácido paraaminobenzoico, que veinte minutos después de incorporado al organismo se desdobra en dos antihistamínicos: para-aminobenzoico, dietil-aminoetanol; el primero es un elemento enzimático constructor del organismo y constituye el principio esencial contra el endurecimiento y esclerosamiento de los tejidos; el segundo, es un vasodilatador que tiende a regular la presión arterial y posee propiedades espasmolíticas sobre los vasos contraídos, es suave estimulante del sistema nervioso central, bloqueador de la colinesterasa y por ende eliminador de las reacciones fisiológicas de estrés. Es una sustancia bioenergética, que agrega al tejido 290 milivoltios de energía, su dosificación es mínima, porque no interesa el efecto anestésico sino el papel terapéutico que resulta de un impulso específico repolarizador.

Las reacciones adversas están ligadas a sobre dosificación y a la presencia de sustancias vasopresoras como la adrenalina que a menudo le adicionan a la procaína la industria farmacéutica.

3.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS CAMPOS INTERFERENTES PRODUCIDOS POR LESIONES ENDODONTICAS.

Inflamación es la reacción localizada de los tejidos del cuerpo a lesiones o enfermedades, producidas por agentes químicos, calor, frío, a causa de lesión física e infección, cuyos síntomas son, congestión del área, calor, dolor, reaccionando el tejido dañado mediante

liberación de histamina, que dilata los vasos sanguíneos y deja filtrar líquidos, causando tumefacción y fiebre.

Irritación del tejido debido a los cementos obturadores.

Patologías a distancia o compromisos sistémicos.

3.3.CAMPOS INTERFERENTES PRODUCIDOS POR LESIONES ENDODONTICAS.

Toda lesión endodóntica produce un campo interferente, debido a que se presenta una alteración normal del flujo de información a través del organismo, producido por un elemento que no conduce adecuadamente el impulso energético, como son presencia de materiales no eliminables por el organismo, o cuando se presentan estructuras biológicas alteradas.

3.4.TERAPIA NEUROFOCAL EN LOS CAMPOS INTERFERENTES QUE SE PRODUZCAN POR TRATAMIENTOS ENDODONTICOS EN UN CASO CLINICO.

Se pudo demostrar que al realizar el tratamiento de endodoncia con la utilización de la solución Traumeel S combinada con hidróxido de calcio en la obturación de tratamiento de conductos, y con la terapia procainica. en un paciente que presenta alteraciones cardiovasculares, gastrointestinales y endocrinas, y que al hacer la revisión por sistemas el paciente presento cefalea, dolor facial, hiperhidrosis, vértigo, vomito, diarrea, pirosis, dolor precordial y hemoptisis, el paciente refirió una vez terminada la consulta la ausencia de cefalea, dolor facial, hemoptisis y dolor precordial este resultado se obtuvo a corto plazo.

En la cuarta semana el paciente refirió haber disminuido los síntomas gastrointestinales y endocrinos, se da por referencia que a largo plazo estas patologías desaparecen.

5- CONCLUSIONES

- 5.1. Al mencionar los conceptos teórico-práctico de este estudio, como son: el vegetativo, mecanismo de acción del vegetativo, fenómeno en segundos, cociente vegetativo, el SBP, el campo interferente, concepción del suceso focal, se dieron las pautas necesarias para comprender la terapia neurofocal.
- 5.2. La importancia de los Campos interferentes producidos por lesiones endodónticas radica en la influencia que presentan estos en el sistema vegetativo, causando muchas veces complicaciones a distancia y alterando así las defensas del organismo.
- 5.3. Se consideran dos métodos llamados test integrales, para identificar los campos interferentes causados por lesiones endodónticas, siendo el primero el análisis de criterios hematológicos y la yodometría, esta última es más eficaz y satisface las expectativas. Estos test tienen por función determinar las defensas existentes en el organismo.
- 5.4. Al neutralizar el campo interferente en el caso clínico se pudo demostrar la disminución de las patologías que presentaba el paciente ya que esta lesión endodóntica generaba patologías a distancia.

6- RECOMENDACIONES

- Realizar estudios comparativos entre los materiales convencionales en la obturación de conductos, y los materiales biológicos como el Traumeel S que es el utilizado en la terapia neurofocal en lesiones endodónticas.

BIBLIOGRAFIA

- Abethe, Allgemeine Physiologie. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg. 1952.
- Altman, L. : Zur Nomenklatur in der Fokallehre. Dtsch. Stomat. 1958.
- Arens, R.: Die Cellularpathologie in ihrer begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre. Hirschwald, Berlin. 1958.
- Blumencron, W.: Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Herinfektion. Wien. Med. Wschr. 101, 602. 1952.
- Bohórquez, J.: Causas de los fracasos endodonticos. Tesis Colegio Universitario Colombiano. 1999.
- Cohen S. Burns R. Endodoncia- Los caminos de la pulpa 1 ed. México: Editorial Médica Panamericana: 1994. p. 544-66.
- Cohen S., and Burns, R., Pathways of the pulp, sixth edition mosby. Pag., 513-516, 1994.
- Dittmar, J.N.: Das autonome Nervensystem. Julius Springer, Berlin. 1922.
- Einhorn, H.: Die odontogene Ostitis im kieferknochen. Beitr. Pathol. 83, 298. 1905.
- Frank Daughtddy, R.: Ein Nachweis Von Katecholaminen In dem Nerven der pulpmalisklappen des Merschweinchis. Acta Neuroveg. 29, 4, 579. 1965.
- Hiller, E.: G. Die Lymphwege dar menschilicchen Milz. Z. mikr. Anat Forsch. 68,564. 1962.
- Hober, R.. Lehrbuch der phisiologie des Mens chen. Springer,Berlin 1920.
- Huneke, W., Das Sekundem – Phänomen. Testament eines Arztes. 1964.

- Klima, A.: Die Welt als Wille und Vorstellung. 1965.
- Kret Sarzt, E. Z.: Stomat. 53,374. 1968.
- L.R. Muller, E. Untersuchungen ubre die Bedeutung gewisser. 1920.
- Laboratorios HEEL Ltda..
- Leonardo M. Leal J. Endodoncia- Tratamiento del conducto radicales. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana: 1993. p. 252-81.
- Odontología neurofocal. Dr. Heinz AAAB., Universidad de Viena.
- Osorio Y, Fajardo F, Osorio J. Núcleos odontológicos en hueso. Una alternativa a la alteración eléctrica generada por la presencia de materiales metálicos en la cavidad oral. Oral Día 1994; 17: 10-2.
- Osorio Y, Fajardo F. Estomatología Bioenergética. Biomédica Hispanoamericana 1996: (34-35); 18-20.
- Osorio Y, Fonseca M.: Observaciones y conclusiones sobre el empleo de retenedores intrarradiculares óseos. Revista F.O.C. 1995; 186; 18-22.
- Passier, H.: Phasenkontrast- und elektronenmikroskopische Untersuchungen zur innervation der glatten Muskulatur. 1968.
- Perger, Z.: Stomat., 61, 8, 810.1963.
- Pischinger, A.: KOLB, R. und L. STOCKINGER: Vegetativ-nervöse Endstrecke und Bindegewebe in der pulmonalklappe des Meerschweinchens. Berh. d. anat. Ges Basel.1966.
- Pischinger, A.U. L. Ultrastruktur der pulmonalis klappe des Meerschweinchens. 1969.
- Pischinger. R,H.: Zit. Nach. 1965.
- Pritz, .: Das vegetative System. Hermes-Verlag, Hamburg. 1964.
- Raab, Wien. Jahegang, 201, 94-102. 1964.

- Selye, C. von.: Handvuch der pathologischen Anatonie, Wien.1953.
- Sheidt, E.: Und. Phyfik. –Diätet. Therapie, 6. 1965.
- Shen, H.Elektronenmikroskopische Beobacheungen überdie innervation der Schilddrüse. Z. mikr. Anat. Forsch; 69, 630. 1963.
- Siegmund, V.: J. F. Lehmann, Munchen. 1943.
- Torabinejad, H. Jun. RAAB.: Die Nerven der menschlichen Gingiva.1995.
- Voll, R.: Importancia central del suceso focal cefálico en medicina. 1960.
- W. G. Shafer. Tratado de Patología Bucal, Interamericana 1986; 8; 193-834.
- Waltón R.E.: Ubre die Arveitstagung “neural therapie” Freudenstadt/Schw. 1967.

ANEXOS

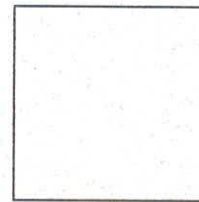
Anexo 1. Aceptación voluntaria del paciente.

Yo _____ con C.C. No _____

Acepto voluntariamente participar en el trabajo de investigación denominado Terapia Neurofocal en Lesiones Endodónticas como paciente practico.

Nombre:

C.C. No:



Huella Digital

**COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
HISTORIA CLÍNICA**

I. INFORMACION GENERAL

APELLIDOS Y NOMBRES ESTUDIANTE				CODIGO		SEM.	TELEFONO						
APELLIDOS Y NOMBRES DOCENTE				PISO	TURNO		R. MINS.						
APELLIDOS Y NOMBRES PACIENTE				CEDULA TARJETA ID OTRA		NUMERO				EXPEDIDA EN			
DIRECCION RESIDENCIA				CIUDAD		TELEFONO		DIRECCION LABORAL				CIUDAD TELEFONO	
EDAD	SEXO	RAZA	EST. CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION		EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A				TELEFONO		
NOMBRE MEDICO			TELEFONO		TIENE HISTORIA CLINICA EN OTRA INSTITUCION		SI	NOMBRE INSTITUCION				TELEFONO	
		NO											
ULTIMA VISITA MEDICA (Fecha y Razón)				ULTIMA VISITA ODONTOLÓGICA (Fecha y Razón)				POR QUE ESCOGIO AL COC PARA SU TRATAMIENTO?					

HISTORIA CLINICA		
DIA	MES	ANO

II. MOTIVO DE CONSULTA

III. ANAMNESIS

HISTORIA FAMILIAR	SI	NO	HISTORIA MED. PERSONAL	SI	NO	SI	NO
1 Diabetes			11. Hospitalizaciones			21. Enf. dermatológicas	
2 Cáncer			12. Traumas			22. Enf. Gastrointestinales	
3 Enf. Cardiovasculares			13. Cirugías			23. Enf. Venereas	
4. Enf. Hemorrágicas			14. Cardiopatías			24. Inmunodeficiencias	
5. Artritis			15. Hipertensión			25. Epilepsia	
6 T.B.C.			16 Cáncer			26 Enf. respiratorias	
7. Alergias			17. Enf. Hepáticas			27. Enf. Endocrinas	
8. Enf. Dermatológicas			18. Alergias			28 Fármaco dependencia	
9 Anomalías Congénitas			19 Fiebre Reumática			29 Trastornos Mentales	
10. Enf. Mentales			20. Artritis Reumatoidea			30 Prótesis	

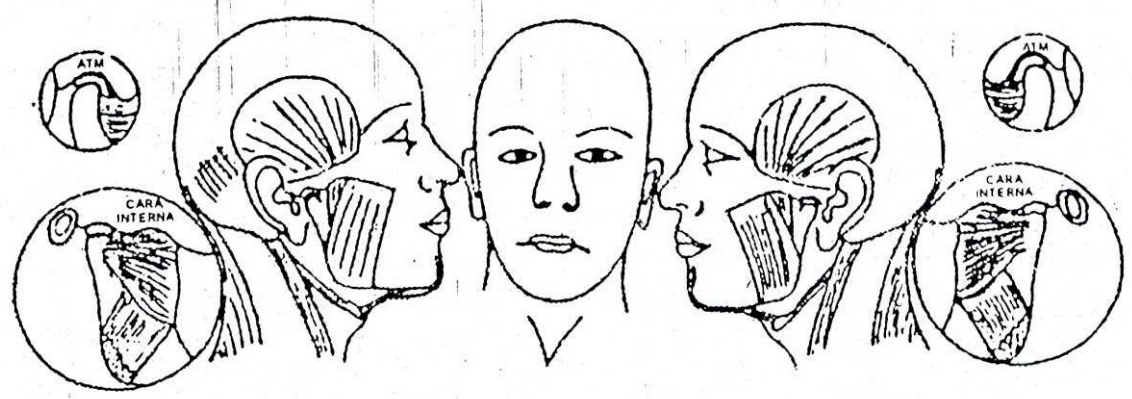
REVISION POR SISTEMAS	SI	NO	SI	NO	SI	NO
31. Cefalea			44. Disfagia		57. Trast. Articulares	
32. Fiebre			45. Hábitos Digestivos		58. Trast. de Piel	
33. Dolor Facial			46. Anorexia		59. Ictericia	
34. Hiperhidrosis			47. Expectoración		60. Disurias	
35. Convulsiones			48. Hemoptisis		61. Cambio de Peso	
36. Vértigos			49. Tos		62. Polidipcia	
37. Lipotimias			50. Disnea		63. Trast. Gusto	
38. Parestesias			51. Taquicardia		64. Trast. Olfato	
39. Vómitos			52. Edema		65. Trast. Vision	
40. Diarreas			53. Palidez		66. Trast. Lenguaje	
41. Náuseas			54. Dolor Precordial		67. Trast. Audicion	
42. Melenas			55. Discracias Sanguineas		68. Trast. Musculo-esqueléticos	
43. Pirosis			56. Linfadenopatía		69. Trast. Mentales	

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS										SI	NO
M	AÑOS	C:	UR	G	P	A	UP	70. Planificación			

TRATAMIENTO ACTUAL:

EXAMEN FISICO CRANEOMANDIBULAR

HC



EXAMEN FACIAL	Relación de los tercios de la cara		Competencia Labial	Surco Labio Mentoniano	Perfil
	N	A	Presente	Normal	Recto
FRONTAL	Superior		Ausente	Ausente	Cón cavo
Simetria	Me dio			Aumentado	Convexo
Asimetria	Inferior				

EXAMEN INTRA ORAL	Resalte (Overjel)	Entrecruzamiento (Obervite)	Línea Media Dentaria		Análisis de Espacios	
	Normal	Normal	Superior	Inferior	Superior	Inferior
Clasificación de Angle	Aumentado	Aumentado	Normal		Apiñamientos	
Clase I	Borde a borde	Borde a borde	Izquierda		Diastemas	
II	Invertido	Invertido	Derecha		Facetas de	
III					Desgaste	

EXAMEN DE DISGNACIAS	SAGITALES	VERTICALES
TRANSVERSALES	Prognatismo del Maxilar Superior	Mordida Abierta
Compresión Superior	Normorelación	Anterior
Inferior	Distorelación	Posterior
Mordida Cruzada Posteior	Mordida Cruzada Anterior	Bilateral
Bilateral	Verdadera	Unilateral
Unilateral	Falsa	Izquierda
Derecha	Pseudo	Derecha
Izquierda	Biprotusión	

EXAMEN FUNCIONAL	Movimientos Excursivos	Grado de Movimiento Mandibular	Ruidos Articulares
Primer Contacto Dentario	Trabajo Derecho Balanza Izquierda	Apertura	ATM Derecha
En Habitual		Protrusión	Chasquido
En RC		Lateralidad Izquierda	Crepitación
		Lateralidad Derecha	1/3 2/3 3/3
	Balanza Derecha Trabajo Izquierdo	Desviación en el Movimiento	Movimiento
Desplazamiento (RC - PM)		Apertura	ATM Izquierda
Anterior	Anterior	Desviación	Chasquido
Posterior	Protrusión	Línea Media	Crepitación
Izquierda	Posterior	Dimensión Vertical	1/3 2/3 3/3
Derecha		Espacio	Movimiento
Superior		DVP DVO Libre	

PALPACION ARTICULAR Y MUSCULAR	Masetero	Derecho	Izquierdo	Contracción	Estiramiento	Reposo
ATM Derecha	Temporal					
Lateral	Pterig Interno					
Posterior	Pterig Externo					
Reposo	Otros					
Movimiento						
PMI						
ATM Izquierda						
Lateral						
Posterior						
Reposo						
Movimiento						
PMI						

OBSERVACIONES: _____

EXAMEN FISICO ORAL

HC

EVALUACION DE TEJIDOS

BLANDO Y OSEO

	N	A		N	A		N	A		N	A
1. Labios			4. Gingiva			7. Piso de Boca			10. Paladar Blando		
2. Carrillos			5. Reborde Alveolar			8. Frenillos			11. Amígdalas/Orofaringe		
3. Surco Vestibular			6. Lengua			9. Paladar Duro			12. Glandulas Salivares		

OBSERVACIONES: Descripción de lesiones (localización, color, forma, tamaño, consistencia, textura, síntomas y tiempo de evolución)

EVALUACION PERIODONTAL

ENCIA	N	A		N	A
1. Color			5. Grosor		
2. Margen			6. Contorno		
3. Consistencia			7. Papilas		
4. Textura			8. Encia Adherida		

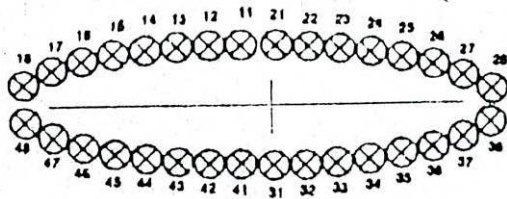
	SI	NO
9. Cálculos		
10. Sangrado		
11. Supuración/Exudado		
12. Movilidad Dentaria		
13. Frémito		

OBSERVACIONES:

EVALUACION DE HIGIENE ORAL

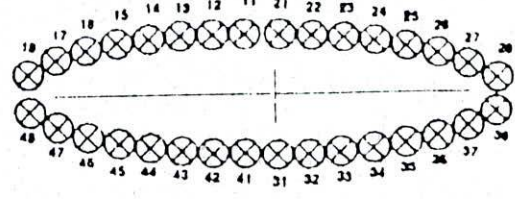
Indice Inicial

Fecha: _____



Re-evaluación 1

Fecha: _____

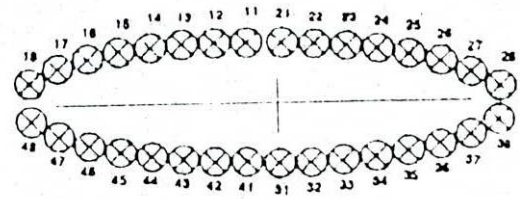


INDICE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

	Diente		Blanda	Calcificada
	Grado			
Max. Inf.	0			
	1			
	2			
	3			
Max. Sup.	0			
	1			
	2			
	3			

Re-evaluación 2

Fecha: _____

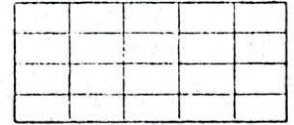
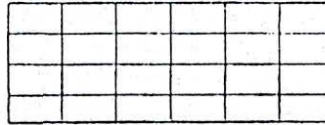
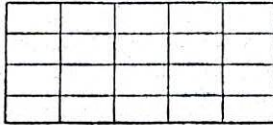


PERIODONTOGRAMA

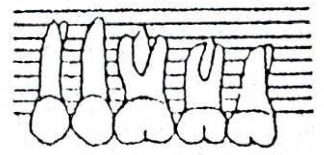
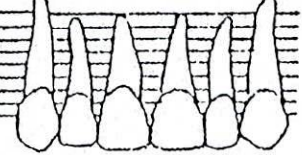
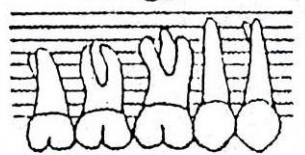
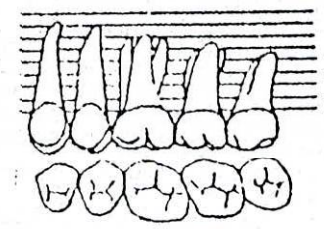
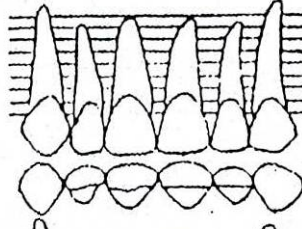
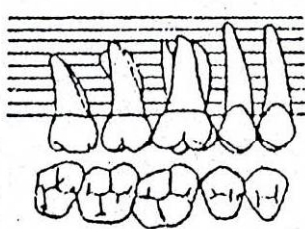
Furcaciones



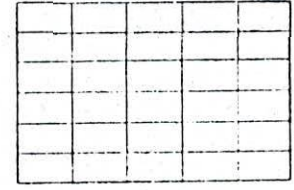
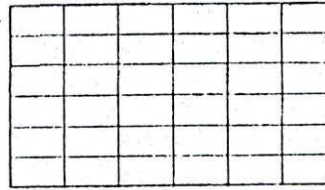
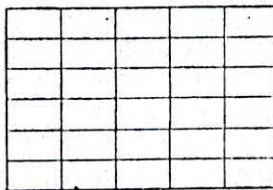
Sondaje Inicial
Sondaje Re-eval.
Nivel Inserción
Recesión



P

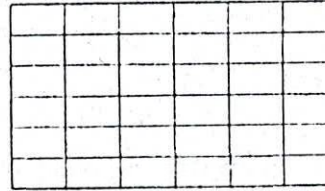


Sondeo Inicial
Sondeo Re-eval.
Nivel Inserción
Recesión
Movilidad
Línea Mucogingival

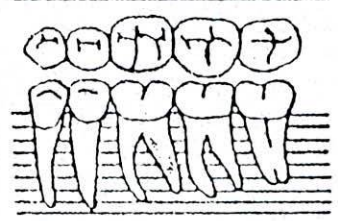
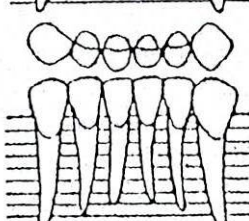
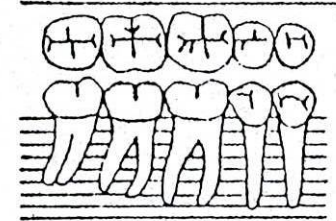
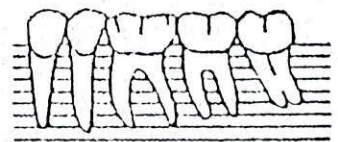
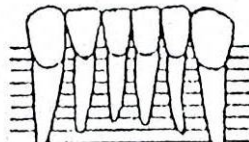
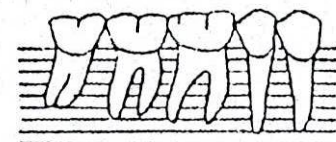


V

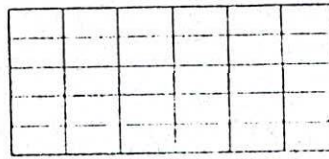
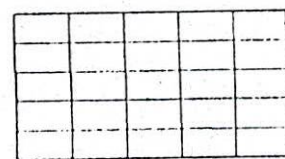
Sondeo Inicial
Sondeo Re-eval.
Recesión
Nivel Inserción
Movilidad
Línea Mucogingival



V



Sondaje Inicial
Sondaje Re-eval.
Nivel Inserción
Recesión
Línea Mucogingival



L

Furcaciones



Convenciones

Contactos Abiertos
Restauraciones Inadecuadas
Sobrecontornos
Vitalidad Negativa
Empaquetamiento Alimenticio

Corona Puente
Rotación Extrusión
Fuca (1 2 3)
Dientes Ausentes (Negro)

Sensibilidad a la Percusión
Tensión Frente
Sensibilidad
Frente

EVALUACION DENTAL

HC

ODONTOGRAMA

Convenciones
 Caries: Rojo
 Ausentías: Negro
 Vitalidad: (+) (-)

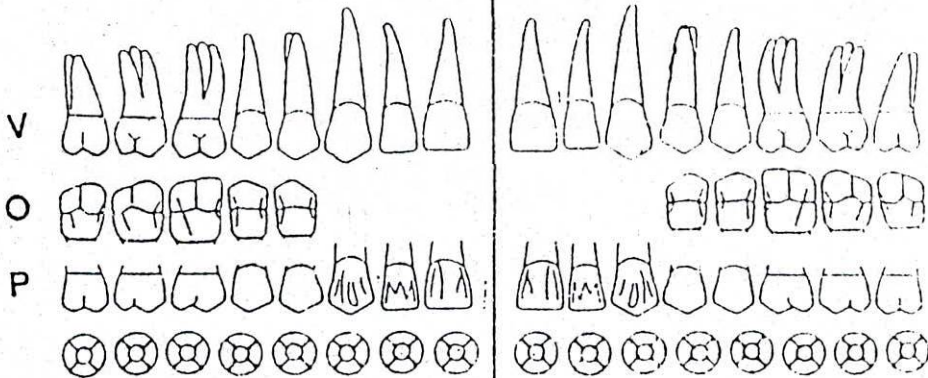
Restauraciones

Resina/locomero
 Amalgamo
 Incrustación/Corona
 Temporal

Amarillo
 Gris
 Dorado
 Verde

Cambio de Color
 Lesión
 Malposiciones
 Fracturas
 Dolor

Mancha
 Café
 ↑ ↓ ↗ ↘
 Línea
 Rojo



18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

VALLE
 VISION

18	
17	
16	
15	
14	
13	
12	
11	

41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	

28	
27	
26	
25	
24	
23	
22	
21	

31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	

EXAMENES DE LABORATORIO

HC

Laboratorio Clínico (Exámenes Solicitados y Resultados)

Laboratorio Histopatológico

Biopsia

Citología

Región

Diagnósticos

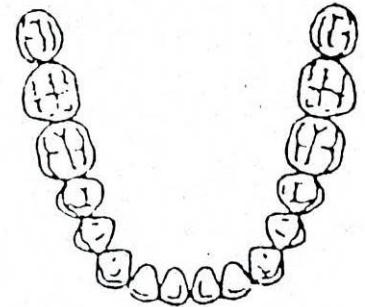
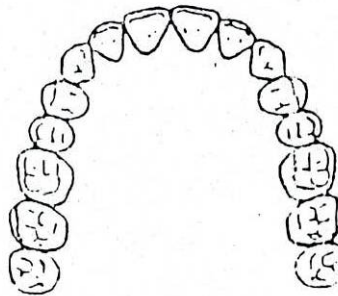
ESTUDIO DE MODELOS ARTICULADOS

Ajuste del Articulador	Distancia Intercondilar			Guia Condilar Vertical		Guia Condilar Latera	
	S <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	DER <input type="checkbox"/>	IZQ <input type="checkbox"/>	DER <input type="checkbox"/>	IZQ <input type="checkbox"/>

Evaluación Estática (Articulador Abierto)

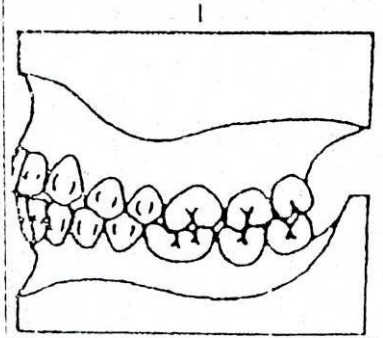
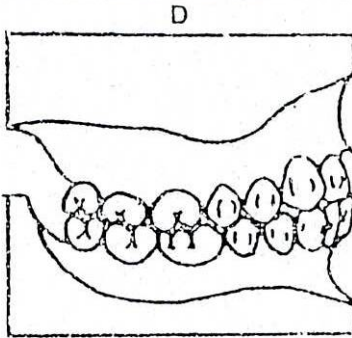
Configuración Arco Superior _____
 Inferior _____
 Limitación y Longitud _____
 Espacios edentulos _____
 Diastemas (II) _____
 Malposiciones _____
 Facetas de desgaste _____

Apiñamiento (*)
 M V L V



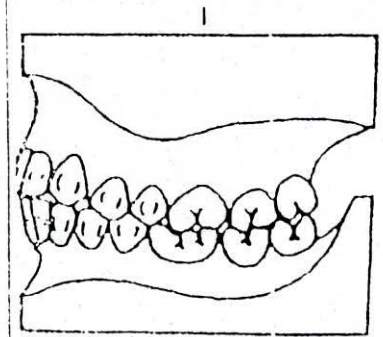
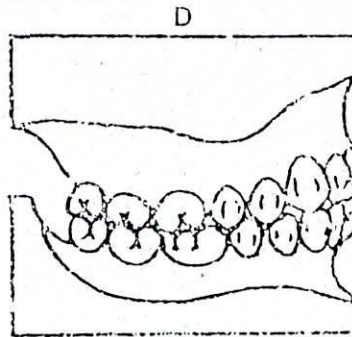
Evaluación Estática (Articulador Cerrado)

Clasificación de Angle _____
 Sobremordida Vertical _____
 Sobremordida Horizontal _____
 Relación Intermaxilar _____
 Relación Dentaria _____
 Planos Oclusales _____
 Extrusiones () Intrusiones ()



Evaluación Dinámica

Relación Céntrica _____
 Trabajo Derecho / Balanza Izquierda _____
 Balanza Derecha / Trabajo Izquierdo _____
 Protrusión _____



IV. DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS

HC

Generales	_____
Craneomandibulares	_____
Orales Tejidos Blando y Oseo	_____
Periodontales	_____
Dentales	_____
Endodónticos	_____

VII. ETIOLOGIA

VII. PRONOSTICO

IX. PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

HC

Urgencia _____

Interconsultas _____

Medicina Oral _____

Prevención _____

Periodoncia _____

Endodoncia _____

Cirugía Oral y Maxilofacial _____

Oclusión y ATM _____

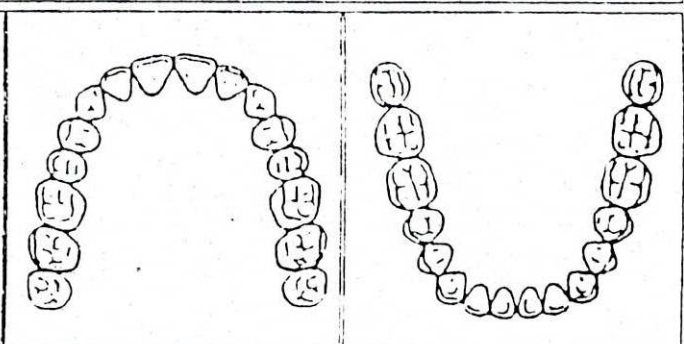
Ortodoncia _____

Implantología _____

Prostodoncia Fija y Operatoria

The diagram illustrates the numbering of teeth in a dental arch. The upper arch (maxilla) is numbered 11 to 16 from the center (incisors) to the sides (molars). The lower arch (mandible) is numbered 41 to 48 from the center to the sides. For each tooth, there are three views: a buccal (side) view, a lingual (inner) view, and a facial (front) view. The diagram is split into two halves, representing the right and left sides of the patient.

Prostodoncia Removable _____



IX. PLAN DE TRATAMIENTO A REALIZAR

HC

Urgencia _____

Interconsultas _____

Medicina Oral _____

Prevención _____

Periodoncia _____

Endodoncia _____

Cirugia Oral y Maxilofacial _____

Oclusion y ATM _____

Ortodoncia _____

Implantologia _____

Prostodoncia Fija y Operatoria

The diagram illustrates the arrangement of teeth for fixed and removable dentures. It is divided into two main sections: the left side for the upper arch (maxilla) and the right side for the lower arch (mandible). Each section shows a row of teeth with their corresponding FDI numbering below them. The upper arch teeth are numbered 18 to 11 on the left and 21 to 28 on the right. The lower arch teeth are numbered 48 to 41 on the left and 31 to 38 on the right. The diagram shows various tooth types including incisors, canines, premolars, and molars, along with their respective cross-sections.

Prostodoncia Removible _____

