

TOCa
0073

LOS TERCEROS MOLARES COMO CAMPOS DE INTERFERENCIA EN LA AFECCIÓN
NEUROFOCAL

PAOLA FAJARDO PAZ
CAROLINA GIRALDO VALENZUELA

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
AREA DE INVESTIGACIÓN
SANTIAGO DE CALI

2002



LOS TERCEROS MOLARES COMO CAMPOS DE INTERFERENCIA EN LA AFECCIÓN
NEUROFOCAL

PAOLA FAJARDO PAZ
CAROLINA GIRALDO VALENZUELA

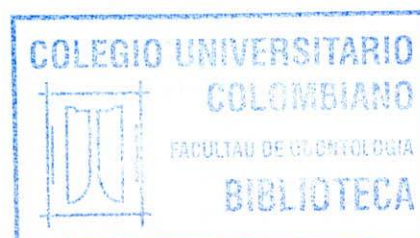
Monografía para optar al título de
Odontólogo

Asesores
Dr. JAIRO NARVAÉZ
Odontólogo Cirujano Oral y Maxilofacial

Dra. MARIETTA CELIS.
Odontóloga
Especialista en Docencia Universitaria
Magíster en Educación

COLEGIO UNIVERSITARIO COLOMBIANO
COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
AREA DE INVESTIGACIÓN
SANTIAGO DE CALI

2002



Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Cali, Mayo 3 del 2002

Hemos cumplido hoy con una misión esperada.

Dedicamos el esfuerzo y los triunfos obtenidos
a las personas que más nos apoyaron, especialmente a
nuestros padres y familiares.

Con su ayuda hemos crecido en grandes valores
personales y profesionales,
en conocimientos y responsabilidades,
llegando a culminar con gran éxito uno de los propósitos
más grande de nuestras vidas.

Gracias.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras de este logro queremos expresar nuestro agradecimiento:

Al Colegio Odontológico Colombiano, Facultad de Odontología por ayudarnos en la formación como profesionales integrales y crearnos la necesidad de aprender cada día, profundizando en el saber que nos otorgan la ciencia y la experiencia.

A los Docentes por sus enseñanzas y aportes proporcionados día a día, los proyectos realizados y las experiencias vividas en la preclínica y aún más en la actividad clínica.

Al Doctor Jairo Narvaéz, Cirujano Maxilo Facial y a la Dra. Marietta Celis, docentes de diferentes áreas preclínicas del colegio odontológico colombiano, por la voluntad y disposición de asumir la asesoría metodológica y científica del trabajo logrado, por su amistad incondicional y todos los conocimientos y experiencias obtenidas a lo largo de nuestra formación académica.

Al Centro de Medicina Biológica del Dr. O'Byrne por despertarnos el interés científico de las medicinas complementarias, facilitarnos los medios para el estudio e investigación del tema, y abrimos un espacio en nuestro pensar clínico a una visión holística del ser humano.

A nuestros padres, hermanos, familiares y amigos, quienes con palabras sabias, consejos y experiencias del vivir diario nos han permitido visualizar un futuro de esperanzas y realizar nuestros más anhelados sueños.

A Dios todo poderoso que en todo momento ilumina los caminos de nuestras vidas para alcanzar un ideal y que en todos esos instantes de dificultad está con nosotros.
A Él agradecerle por todo y confirmarle con nuestras acciones que nunca queremos separarnos de esa fe, sino fortalecernos y crecer en ella.

Queremos agradecer de todo corazón, a todas las personas que de una u otra manera nos apoyaron e impulsaron a perseverar en la conquista de nuestras metas.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. OBJETIVOS	8
3.1. OBJETIVO GENERAL	8
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
4. DISEÑO METODOLÓGICO	10
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN NO EXPERIMENTAL. MONOGRAFÍA	10
4.2. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	11
4.3. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN	11
4.4. COLABORADORES Y RECURSOS DISPONIBLES	12
4.5. PLAN DE ACCIÓN	12
5. REFERENTES TEÓRICOS	14
6. INTRODUCCIÓN AL SISTEMA NERVIOSO	16
6.1. MÉDULA ESPINAL	16
6.2. TRONCO CEREBRAL Y NERVIOS CRANEALES	17
6.2.1. Nervios craneales y espinales	17
6.3. GANGLIOS	19
6.4. TERRENO DEL TRIGÉMINO	19
6.4.1. Recorrido del nervio trigémino	21
7. ANATOMÍA FISIOLÓGICA DEL SISTEMA NEUROVEGETATIVO	22
7.1. SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO	23

7.2. SISTEMA NERVIOSO PARASIMPÁTICO	25
7.3. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA FUNCIÓN SIMPÁTICA Y PARASIMPÁTICA	26
7.4. EFECTOS DE LA ESTIMULACIÓN SIMPÁTICA Y PARASIMPÁTICA DE ÓRGANOS ESPECÍFICOS	27
7.5. ACTIVACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO	29
7.5.1. Control bulbar, protuberancial y mesencefálico del sistema nervioso autónomo	30
7.5.2. Control de los centros autónomos del tronco encefálico por zonas superiores	30
7.5.3. La médula suprarrenal	31
7.5.4. Reflejos autónomos	32
7.6. ESTIMULACIÓN DE ALGUNOS ÓRGANOS AISLADOS Y MASIVA EN OTROS POR LOS SISTEMAS SIMPÁTICO Y PARASIMPÁTICO	32
8. TEJIDOS DE SOSTÉN	34
8.1. TEJIDO CONJUNTIVO	34
9. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA AFECCIÓN NEUROFOCAL	37
10. AFECCIÓN NEUROFOCAL	42
11. ETIOPATOGENIA Y PATOFISIOLOGÍA DEL EFECTO FOCAL DENTÓGENO	47
11.1. FASES PATOLÓGICAS GRADUALES DEL SUCESO FOCAL	52
12. RELACIONES ENERGÉTICAS	54
12.1. POSIBLES MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LOS DIFERENTES ÓRGANOS RELACIONADOS	56
12.2. ¿QUÉ PUEDE ACTUAR DESDE LOS DIENTES O MAXILARES?	57
12.3. IMPORTANCIA DE LOS DIENTES	58
13. TERCEROS MOLARES	59
13.1. DESARROLLO Y ERUPCIÓN DENTARIA	59
13.2. TEORÍA FILOGENÉTICA DEL DESARROLLO MAXILAR Y MANDIBULAR	62
13.3. TERCEROS MOLARES COMO CAMPOS DE INTERFERENCIA	63
13.3.1. ¿Dónde se halla el peligro relacionado a un tercer molar?	66

13.3.2. Variaciones en los terceros molares que los hacen susceptibles de generar focos y campos de interferencia.	68
14. DIAGNÓSTICO NEUROFOCAL	71
14.1. PUNTOS DOLOROSOS EN LAS VÉRTEBRAS CERVICALES	72
14.2. TEST BIOLÓGICOS Y APARATOLOGÍA	74
15. TRATAMIENTO NEUROFOCAL	76
15.1. LA ALIMENTACIÓN PRE Y POSTOPERATORIA	76
15.2. PROFILAXIS	76
15.3. ACTITUDES TERAPÉUTICAS	76
15.4. TERAPIA NEURAL	78
15.5. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO	80
15.6. INFORMACIÓN PARA PACIENTES QUE PRESENTAN FOCOS O CAMPOS INTERFERENTES EN EL TERRENO DENTO-MAXILAR	81
16. CONSIDERACIONES ÉTICAS	82
17. CONCLUSIONES	83
18. RECOMENDACIONES	86
19. BIBLIOGRAFÍA	87
ANEXOS	

RESUMEN

Con el análisis y síntesis de la recopilación bibliográfica obtenida se ha establecido de qué manera los focos y campos de interferencia dentógenos, descritos y definidos claramente, generan efectos sobre el resto del organismo en acción sobre el sistema neurovegetativo insistiendo en que la enseñanza odontológica del suceso focal como parte integrante de la totalidad vegetativa focal, también tiene sus cimientos tisulares y humorales sustentados en función de este sistema tratado anatómicamente y fisiológicamente, y no en hipótesis. Así, se establece una discusión científica sobre focos y efectos focales basada en un conocimiento tisular de orientación funcional.

Tras una breve reseña histórica que relata cronológicamente de qué forma la odontología ha ido cambiando sus conceptos sobre el suceso focal, se exponen claramente nuevas, una manera integral de observación, que se toma como punto de partida para el manejo de la temática insistiendo en que sin ella no es posible comprender la enseñanza focal y de campos de interferencia. Se establece la relación que tienen los terceros molares con diferentes alteraciones patológicas vía campo de interferencia y generando trastornos neurotróficos. Estos últimos, principalmente en relación con el sistema neurovegetativo y el terreno del trigémino. Los métodos de diagnóstico y la mayor cultura odontológica del medio, pueden ayudar a descubrir en forma temprana la presencia de un tercer molar que se esté constituyendo como un foco o campo de interferencia y crear en el odontólogo la necesidad de estar en condiciones de aconsejar la mejor conducta terapéutica a seguir, y en caso de estar capacitado, realizar el tratamiento pertinente.

Teniendo en cuenta lo expresado precedentemente se valora la actitud terapéutica, conservadora o de extracción profiláctica del tercer molar, constituyendo esta última una medida aconsejable dado que contribuirá a evitar consecuencias que puedan resultar altamente lesivas para el organismo. La terapia neural se establece como una medicina individualizada que estudia y trabaja con el proceso salud-enfermedad desde el sistema nervioso vegetativo. Una concepción médica donde los procesos de enfermedad están relacionados con la memoria patológica que puede dejar cualquier suceso del transcurso vital en el funcionamiento del sistema neurovegetativo y que afecta a la totalidad del organismo. A través de la interacción entre médico y paciente y de la aplicación de sus técnicas, esa memoria patológica es movilizadora y desencadena un proceso de biorregulación; reacción que conduce al organismo como un todo hacia un nuevo orden más evolucionado.

INTRODUCCIÓN

La monografía presentada se ha impuesto como meta explicar las correlaciones que existen entre focos y campos de interferencia dentógenos y maxilomandibulares y los efectos a distancia que de allí le resultan a todo el organismo con base en las funciones vitales del sistema neurovegetativo, haciendo referencia a los terceros molares.

A la mayoría de las personas, incluyendo a los odontólogos y médicos convencionales, les parece extraño y hasta curioso la existencia de una posible relación, de la naturaleza que fuera, entre los dientes y demás órganos del cuerpo, aunque halla sido demostrado en la práctica en muchos casos, incluyendo el testimonio de pacientes aliviados permanentemente. Pero sucede que una serie de nuevos paradigmas son reconocidos y aceptados por la ciencia, principalmente por la física moderna, desde el descubrimiento de la teoría de la relatividad hasta nuestros días, y se ha ido cambiando paulatinamente la visión de la realidad de los fenómenos del mundo. Ya el concepto de la energía de los seres vivos, de la que está formado y que circula indefiniblemente dentro de cada organismo, no suena tan desconocida. De aquí es que tiene sentido que si una parte del organismo está bloqueada "energéticamente" por un diente afectado, pueda con el tiempo bloquear o influir otras partes orgánicas a distancia y producir signos y síntomas patológicos.

Aunque la física entiende los fenómenos energéticos, éstos aún no están formando parte del conocimiento de la medicina de nuestros días. Poco a poco se tiene que explorar la posibilidad de nuevos paradigmas, nuevas visiones del ser humano y su naturaleza, guardando el rigor que permita estar anclados ética y responsablemente en el ser del enfermo y la sociedad.

Refiriéndose a los terceros molares, la opinión de los odontólogos respecto a sus condiciones clínicas de normalidad o retenidos ha despertado una gran controversia entre los autores que han escrito al respecto, sobre todo por la falta de un encare terapéutico temprano el cual debe asociarse con una actividad terapéutica profesional. Si el paciente no muestra ninguna sintomatología, ello no significa que no puedan aparecer consecuencias negativas durante el resto de su vida. El odontólogo general preocupado por la prevención, se encuentra entonces ante un verdadero dilema cuando debe aconsejar la actitud terapéutica ante un tercer molar, dado el hecho que, en muchas ocasiones permanece sin producir alteraciones patológicas toda la vida, mientras que en otras llega a ocasionar las mismas con una importancia que es necesario destacar por sus consecuencias sobre la salud general del paciente. La importancia de conocer y madurar mucho en este tema radica en que, si se ha tomado la decisión de aplicar estos conocimientos para efectuar un tratamiento este ha de hacerse a conciencia y con destreza. Al respecto, la aplicación neuraalterapéutica coincide con lo esencial del pensamiento homeopático clásico y de todas aquellas terapéuticas que se basan en una concepción vitalista e integral. En su evolución y en el ejercicio de su práctica se desarrolla el significado pleno de la actualmente denominada medicina holística que engloba perspectivas filosóficas, antropológicas y sociológicas.

1. DESCRIPCIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

SÍNTOMAS

CON FRECUENCIA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD SE ENCUENTRAN FRENTE AL CASO DE ALGÚN PACIENTE RESISTENTE A TODA TERAPIA Y EN EL CUAL SE CREA LA NECESIDAD DE INVESTIGAR EXHAUSTIVAMENTE Y DESCUBRIR LA POSIBLE CAUSA OCULTA.

En este contexto siempre surge el interrogante de la existencia o no de posibles campos interferentes y frente a esta problemática principalmente el odontólogo por la estricta relación que ha establecido con cavidad oral, se ve confrontado entre dos extremos: o la negación rotunda de la existencia de la problemática de los campos interferentes o la exigencia que establece su concepción en cuanto se requiere neutralizar o eliminar un foco o campo interferente que se ha determinado es la causa, aún más si ella se atribuye a los terceros molares.

CUALQUIER ÓRGANO O ZONA DEL ORGANISMO EN APARENTE CONDICIÓN DE NORMALIDAD SE PUEDE CONSTITUIR COMO UN FOCO O CAMPO INTERFERENTE EN UN MOMENTO DADO.

Los dientes y en general la cavidad bucal se consideran un factor irritante número uno, ya que son parte constitucional del sistema orgánico y están en relación directa con cada una de sus partes.

En estas afirmaciones desempeña un importante papel la gnatología, o sea: la altura y el equilibrio del sistema dental tienen que estar normalizados.

UN CAMPO DE INTERFERENCIA ES UNA IRRITACIÓN QUE PERMANECE EN EL ORGANISMO Y QUE EN DETERMINADO PUEDE SER CAUSANTE DE CAMBIOS PATOLÓGICOS EN UNA CIRCUNSTANCIA Y EN UN SER DETERMINADO.

Un foco o campo interferente se considera a aquella afección que dentro de los tejidos del organismo se halla en constante confrontación con los mecanismos de defensa locales y generales. Con el fracaso de los mecanismos de defensa locales puede comenzar la acción a distancia de un foco sobre el resto del sistema orgánico y con ello la alteración patológica o afección neurofocal junto con la intervención de factores exógenos y endógenos. Los focos o campos interferentes que se ubican en la zona dentomaxilar pertenecen a las enfermedades crónicas que regularmente no ocasionan sintomatología local, su modo de acción se basa en la sobrecarga permanente de las capacidades de autorregulación del organismo. Por tanto un foco en esta zona será capaz de producir una variedad de influencias a distancia según su origen y localización.

NO SE AGOTA EL TERRENO DE FOCOS Y CAMPOS DE DISTORSIÓN O INTERFERENTES EN CAVIDAD BUCAL CON SOLO AQUELLAS CONDICIONES CLÍNICAS DE DIENTES DESVITALIZADOS O ALTERACIONES QUE HAN ESTABLECIDO UN CUADRO INFECCIOSO LOCALIZADO.

Cambios radiográficamente apenas visibles en la región que circunda los ápices radiculares, focos osteomielíticos, quistes, entre otros, y de gran importancia los dientes retenidos, en malposición o incluidos haciendo referencia a los terceros molares, son puntos de partida de interferencias nervales a las que puede atribuirse efectos patológicos. Ciertos factores condicionan a los terceros molares para que se les relacione, por un lado como focos localizados y específicos de procesos

infecciosos de cavidad bucal y de alta consideración por el compromiso que se asume con la salud oral del paciente, y por otra parte como causantes de impulsos irritativos sobre el neurovegetativo que alterando los mecanismos de control y regulación generan efectos patológicos que comprometen todo un sistema orgánico y por tanto su bienestar.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

- ¿De qué manera los terceros molares vía campo de interferencia pueden generar alteraciones sobre el sistema neurovegetativo y efectos patológicos a distancia en el sistema orgánico?

2. JUSTIFICACIÓN

Los tratamientos sintomáticos, base de la aplicación médica, que representan uno de los motivos más importantes para el estado actual clínico de las cosas, tan poco satisfactorio a veces, se relacionan con la postura de algunos científicos que niegan que dientes en un estado anómalo puedan producir patologías a distancia, no estimando el hecho de que puede tratarse de un foco o de un campo de interferencia en el sistema neurovegetativo (SNV) y que en realidad si están produciendo y manteniendo verdaderas distorsiones funcionales en el organismo. Paralelamente, científicos y profesionales de la medicina, asumen que las aspiraciones logradas mediante el saneamiento focal son consecuencia únicamente de procesos puramente psicógenos que responden a la autosugestión del paciente. Si bien estas relaciones causa-efecto ya con anterioridad sólo con la observación de miles de casos se han comprobado, hoy se ha añadido un estudio estrictamente científico con bases convincentes. No se puede esperar, sin embargo, que los resultados sean aceptados de inmediato.

Como mínimo, se debería renunciar a ver los problemas unilateralmente, desde el punto de vista de la patología. Aunque cada órgano tenga sus peculiaridades y el organismo pueda ser clasificado por cada una de sus partes, no debe perderse la visión sobre su unidad y su constitución como un entero; así en el diagnóstico patológico de un estado final no existan dudas, el mecanismo de su aparición o generación va precedido de una alteración en el equilibrio fisiológico por otras causas que han allanado el camino hacia la aparición de las síntomas patológicas y a su estado final visible.

El certificado de un odontólogo que no evidencia la presencia de un foco ya que la radiografía no revela un diagnóstico específico o incluso bajo el concepto de que todo está normal con base en

una simple inspección bucal, es insatisfactorio y sin valor real, porque un error aún mayor que la sobrevaloración de los factores foco-distorsionadores del SNV, es su completo desconocimiento. La dificultad para analizar la situación bucal dentaria comienza para el neuralterapeuta, en la dependencia que tiene de veredictos odontológicos. Desafortunadamente no siempre se comprende cuales son los cambios que se pueden acusar como posibles interferentes.

La mayor cantidad posible de dientes afectados, que son valorados para un posible tratamiento endodóntico o de rehabilitación, entre otros, generan desde el punto de vista inmunológico, tóxico-alérgico y nerval, focos y campos de interferencias que deterioran la salud en todo el organismo de los pacientes produciendo trastornos tan graves que no guardan ninguna sana relación con el propósito perseguido.

Por todo esto el deseo es de que todos los estomatólogos piensen y actúen un poco más en forma médico-integral y jamás consideren que su deber es el de actuar como dentistas que a toda costa sólo se limitan a conservar la dentadura. El odontólogo debe ser plenamente consciente de la inmensa responsabilidad que tiene y de que con cada intervención ejerce una influencia sobre la salud y el destino de su paciente. En caso de dudas, frente a la aplicación de una terapéutica, sería mejor decidirse por el paciente y no por el diente.

La odontología neurofocal por ser un tema nuevo en el área de la salud oral, no cuenta en la actualidad con una legislación establecida para tal fin, quedando al mismo nivel donde se encuentra la medicina homeopática, ya que éstas no hacen parte del Sistema de Seguridad Social Integral (Ley 100 de 1993), sin embargo, a nivel mundial el desarrollo de las medicinas "alternativas" ha sido enorme. La Organización Mundial de la Salud les ha dado la denominación de medicinas complementarias, y se ha incluido dentro de los programas de estudio de las escuelas de medicina alrededor del mundo.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

- Conocer cuáles son las posibilidades patogénicas de los terceros molares como campos de interferencia para producir y desencadenar un efecto patológico a distancia, saliendo de la concepción meramente focal de las afecciones locales.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Optar por una visión diferente pero complementaria a la concepción clínica focal de las afecciones patológicas humanas que enseña la medicina académica, con el concepto holístico del hombre como una unidad, un todo que puede ser estropeado e interferido desde un solo punto; para encaminar un diagnóstico y una terapéutica a tiempo de que una distorsión funcional no se convierta ya en una alteración orgánica irreversible.
2. Identificar a través de un conocimiento previo y preciso del sistema neurovegetativo y tejidos directamente relacionados, cómo vía efecto campo de interferencia factores generadores de impulsos irritativos y hasta psíquicos, terminen siendo autores de efectos fisiopatológicos a distancia en cualquier parte del sistema orgánico.
3. Entender las relaciones en cadena o energéticas entre los dientes y los demás órganos del cuerpo, con claridad en el concepto de que todo organismo es energía y que por tanto cualquier desequilibrio en ese circuito energético conlleva a alteraciones fisiológicas y a estados patológicos.

4. Analizar los factores que hacen que los terceros molares sean causantes de distintas afecciones a nivel del sistema neurovegetativo, principalmente en el ámbito del trigémino, constituyéndose ya sea como focos locales, neurales, espinas irritativas o interferencias, más los posibles cofactores.
5. Comprender como puede ser efectuada la desconexión de una reacción en cadena y así ser dominada la afección producida por un campo interferente como los terceros molares y todos los efectos patológicos que a ellos se asocia; encaminando una adecuada actitud terapéutica, inicialmente estableciendo una patogeneidad a través de pruebas, microinfiltraciones y aplicación neural terapéutica, su resolución, y posteriormente, exodoncia simple o quirúrgica, con el propósito común de un mejoramiento del estado funcional orgánico.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN NO EXPERIMENTAL. MONOGRAFÍA

La investigación se ocupa del estudio sistemático y profundo de los terceros molares como campos de interferencia sobre el sistema neurovegetativo, que generando irritaciones a ese nivel pueden ocasionar efectos fisiopatológicos en el sistema orgánico.

Es una investigación cuantitativa que parte de un problema bien definido por la investigación, con objetivos previamente establecidos que crearon la necesidad de profundización del estudio por tratarse de un factor que directa o indirectamente interfiere en el mantenimiento de un bienestar orgánico. Para una mejor explicación de la relación entre los dientes, los órganos del cuerpo e incluso la psiquis, se controlan los factores de confusión a través de casos clínicos tratados y publicados por los mismos autores, donde es clara no la comprobación científica de los hechos, sino éstos basados en la evidencia clínica.

El Dr. Ernesto Adler, famoso estomatólogo, llama la atención sobre el peligroso papel que juegan como campos de irritación no solo los terceros molares en mal posición o incluidos, sino también aquellos en aparentes condiciones de normalidad, en su libro que fue escrito en el año de 1983: "Enfermedades generales causadas por campos de irritación dentales y amigdalares en el sistema neurovegetativo (ámbito del trigémino). Diagnóstico, terapia y reflexología dentaria". Con 150 casos clínicos ampliamente descritos, y ha sido la base inicial y definitiva en la que se ha hecho referencia para el logro de este estudio.

4.2. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Para lograr el propósito establecido en el estudio se empleó inicialmente del método deductivo, para poder concluir en las posibilidades de los terceros molares como campos de interferencia y los efectos que se pueden generar como consecuencia para establecer una afección en el organismo alterando su funcionamiento y equilibrio físico – químico.

Como un segundo método, el análisis y la síntesis de todos los factores que llevan a esa conclusión. Aquí se procede de los principios a la consecuencia basados en toda la bibliografía obtenida, desde una recopilación precisa del sistema nervioso central hasta las variaciones en los terceros molares que hacen de ellos factores causales.

4.3. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Se realizó una completa exploración bibliográfica a cerca de anatomía y fisiología del sistema nervioso autónomo, y principalmente gran referencia y base científica a este capítulo porque es quien da un sentido real a las interrelaciones orgánicas y patológicas, un sistema de interconexión nerviosa que mantiene al organismo en constante equilibrio o por el contrario, en desequilibrio si se encuentra interferido en una de sus partes constitucionales; antecedentes históricos, experimentales y conceptos actuales de afección neurofocal; focos y campos de interferencia o de distorsión; etiopatogenia de los efectos focales dentógenos; relaciones energéticas entre los dientes y otras estructuras orgánicas y los terceros molares como campos de interferencia. A partir de esto último, un detallado análisis de las manifestaciones patológicas que refieren los pacientes y que relacionan a un tercer molar con su etiología, observaciones sobre los resultados clínicos y experiencias con cada uno de los pacientes tratados por los mismos autores y que han sido publicados en sus libros y artículos, que permite establecer e identificar la causa más frecuente para el desarrollo de distintas afecciones en el organismo asociadas a terceros molares, que generando interferencias sobre el sistema neurovegetativo, principalmente en el área del trigémino, alteran de manera importante su fisiología y funcionamiento.

Los referentes bibliográficos en que se sustenta la investigación, se constituyen de información obtenida a través de Internet. Publicaciones de libros completos de los autores mencionados desde 1983, hasta artículos científicos actualizados a la fecha, realizados por docentes y residentes de clínicas de universidades latinoamericanas (Chile y Argentina) y europeas (España).

4.4. COLABORADORES Y RECURSOS DISPONIBLES

El despertar a una nueva visión del ser humano como un todo con funcionamiento propio (concepto holístico), se atribuye al Centro de Medicina Biológica del Dr. O'byrne; Institución clínica y académica que basa sus concepciones en un lema: "El arte de vivir para no enfermar", asumiendo criterios y concepciones que permiten basarse en la premisa básica de la medicina biológica: "la individualidad en el tratamiento", con lo cual se garantiza el aforismo de Hipócrates: "No existen enfermedades sino enfermos".

En cuanto a recursos disponibles de gran ayuda para obtener los referentes bibliográficos se mencionan: el área de biblioteca (servicios de Internet) del Colegio Odontológico Colombiano, y datos valiosos respecto al tema con una completa constitución académica, el área de biblioteca y audiovisuales del Centro de Medicina Biológica del Dr. O'byrne.

La información y puntos de vista obtenidos de comentarios con profesionales de odontología con respecto a los conceptos de esta nueva visión de enfermedades y patologías humanas, fueron tenidos en cuenta por su variación en aspectos de procedencia y concepción.

4.5. PLAN DE ACCIÓN

Las actividades programadas para la realización del trabajo se establecieron en términos de tiempo disponible desde la aceptación del tema a desarrollar hasta la fecha de entrega preliminar. Durante los meses de octubre y noviembre del año 2001, las tareas establecidas consistieron en visitas al Centro de medicina Biológica del Dr. O'byrne, para encaminar los datos obtenidos hasta

el momento acerca de focos y campos de interferencia en términos generales. Posterior a un análisis de los conceptos que el entendimiento de afección neurofocal requiere, se procedió a continuar con la investigación en los meses de enero y febrero con la ayuda del Dr. Juan Fernando Cruz, odontólogo neurofocal del centro de medicina biológica, para completar los conocimientos y el entendimiento de las interferencias generadas sobre el sistema neurovegetativo y su función fisiológica. Entre estas mismas fechas se procuró una búsqueda exhaustiva en vínculos de información previos a través de Internet, con resultados muy positivos por la obtención de diversidad de información al respecto, complementada con todos los conocimientos anatómicos, histológicos y clínicos de los terceros molares, recopilación de información que se evidencia en la bibliografía.

5. REFERENTES TEÓRICOS

Toda la descripción que se hace respecto a los terceros molares como campo de interferencia, se ha basado principalmente en la traducción al castellano del libro del Dr. Ernest Adler: "Enfermedades generales causadas por campos de irritación dentales y amigdalares en el sistema neurovegetativo (ámbito del trigémino). Diagnóstico, terapia y reflexología dentaria". Con 150 casos clínicos ampliamente descritos. El libro fue escrito en el año de 1983, ni la comunidad médico-académica ni la científica, todavía hoy le han dado el suficiente valor en grave detrimento de la sociedad enferma. La sociedad misma tiene su propia responsabilidad en el hecho, dado que, desprovista de conceptos mucho más a tono con la lógica de la naturaleza y que en muchas ocasiones rechaza, no reacciona como debería frente a la dificultad en encontrar solución a los problemas de su propia salud que le proporcionaría nuevas vías de solución al margen del hallazgo de campos de distorsión y sus relaciones bioenergéticas. En el preámbulo de ésta tercera edición se establece claramente que lo que se intenta no es curar una enfermedad sino buscar y tratar su etiología, eliminando del sistema dental y amigdalares ya sean focos neurales, espinas irritativas o interferencias y campos de distorsión patológicos, más los posibles cofactores, que son otros campos de afección de menor entidad que acompañan al foco principal; y la observación durante muchos años de los resultados. Se establece que la observación de las cosas sólo representa una escala más baja de la ciencia: la descriptiva. La ciencia descriptiva clasifica los fenómenos, pero las relaciones constantes entre las cantidades variables, es decir, las leyes de la naturaleza, sólo aparecen cuando la ciencia se vuelve más abstracta. Se asume al ser humano como un todo indivisible que requiere ser comprendido simultáneamente en su unidad, sus componente y relaciones con el mundo exterior, palabras extraídas de "L'homme inconnu", del Premio Nobel Alexis Carrell, que se mencionan porque recogen toda la problemática de la medicina como una ciencia.

En el capítulo uno del libro, se expresa el deseo de que los casos que han sido descritos consigan hacer reflexionar a todos los profesionales que hasta ahora no se han preocupado por averiguar o discernir toda esta fenomenología, para entenderla como un modo terapéutico fundamental. Se establece que las relaciones entre foco y la sintomopatología por ser tan difíciles de mostrar, la llamada "doctrina del foco" o "terapia del foco", se ha convertido en un problema focal, además de la expresión de los pioneros en este campo, es decir; el concepto "infección del foco", que en sí mismo conduce frecuentemente a un error aclarando que las causas de los efectos de distorsión pueden ser muchos pero la infección es solamente una de muchas otras posibilidades. En el libro se utiliza la terminología foco y campo de distorsión con el mismo significado que el del término "espina irritativa", con el fin de eliminar la diferenciación total como foco bacteriológico, tóxico o químico, ya que un campo de distorsión puede ser todo aquello que desencadene un efecto patológico a distancia, sea bacteriológico o puramente neural, como un tercer molar al que se hace referencia principalmente. Para referirse a los terceros molares se utiliza el término de molares de juicio (ver anexo A).

En los diferentes capítulos se especifican solamente algunos ejemplos "visibles", ya que también en el campo de los portadores de focos sin molestias, los hubo también sin síntomas. Naturalmente, las conexiones entre campos de distorsión y una sintomopatología a distancia sólo pudieron hacerse evidentes en los casos en los que un "foco solitario", es decir, un único foco causante o campo, era el responsable de las molestias. Únicamente son estos ejemplos los que permiten ver en forma pura la evolución de cambios efímeros por efectos a distancia, creando la base para posteriores investigaciones.

6. INTRODUCCIÓN AL SISTEMA NERVIOSO

Puesto que la comprensión de la actividad del cerebro debe basarse sobre un conocimiento de su estructura, el estudio de su anatomía detallada es un reto que ha sido fácilmente aceptado. El sistema nervioso está compuesto básicamente por células especializadas, cuya función es recibir estímulos sensitivos y transmitirlos a los órganos efectores, musculares o glandulares. Los estímulos sensitivos que se originan dentro o fuera del organismo son correlacionados dentro del sistema nervioso y los impulsos eferentes son coordinados de modo tal que los órganos efectores trabajan armoniosamente para el bienestar del individuo. Las fibras nerviosas salen de distintas agrupaciones de células las cuales pueden formar núcleos, ganglios y columnas¹.

6.1. MÉDULA ESPINAL

La médula espinal está compuesta por un centro interior de *sustancia gris*, rodeado por una cobertura exterior de *sustancia blanca*. Está situada dentro del conducto vertebral, y se extiende desde el foramen magno hasta la región de la primera o segunda vértebras lumbares. Debido al crecimiento más rápido del mesodermo, los elementos neurales de la médula espinal alcanzan finalmente sólo hasta las vértebras lumbares superiores; por ello, las raíces nerviosas lumbares y sacras tienen un largo trayecto desde la médula hasta los orificios intervertebrales. Por el crecimiento desproporcionado de la columna vertebral, en longitud, durante el desarrollo, en comparación con el de la médula espinal, la longitud de las raíces aumenta progresivamente de arriba hacia abajo. En la región cervical superior, las raíces de los nervios espinales son cortas y discurren casi horizontalmente, pero las raíces de los nervios lumbares y sacros a nivel de la terminación de la médula (borde inferior de la primera vértebra lumbar en el adulto) forman una correa vertical de nervios alrededor del *filum terminale*. En conjunto estas raíces nerviosas inferiores se denominan *cola de caballo* o *cauda equina*.

En el embrión, las prolongaciones neurales emergen de la parte ventral de la médula para inervar los órganos efectores y son, por lo tanto, motores. Otros elementos neurales, por fuera de la médula, forman los ganglios primitivos de las raíces dorsales. Una prolongación de cada célula del ganglio crece hacia la parte posterior de la médula, mientras que otra se extiende hasta los órganos receptores, siendo sensitiva. Estos dos elementos forman las raíces ventrales (anteriores) o motoras y dorsales (posteriores) o sensitivas de la médula. Las dos raíces se unen para formar un nervio espinal y cada uno de ellos pasa por un orificio intervertebral.

6.2. TRONCO CEREBRAL Y NERVIOS CRANEALES

El tronco del cerebro está situado casi enteramente en la fosa craneal posterior, y puede dividirse en *bulbo raquídeo* o *medula oblongada*, *punte* o *protuberancia anular* y *cerebro medio* o *mesencéfalo*, que se ubican en la fosa craneana posterior.

6.2.1. Nervios craneanos y espinales. El sistema nervioso periférico consiste en los nervios craneanos y espinales y sus ganglios asociados. Los nervios craneanos y espinales son cordones de color blanco grisáceo formados por haces de fibras nerviosas sostenidas por tejido conectivo (características observables en disección). Existen doce pares de nervios craneanos que salen del encéfalo y pasan a través de los orificios del cráneo, y treinta y un pares de nervios espinales que salen de la médula espinal y pasan a través de los agujeros intervertebrales de la columna vertebral. Los nervios espinales se denominan de acuerdo con las regiones de la columna vertebral con las cuales se asocian, así: ocho cervicales, doce torácicos, cinco lumbares, cinco sacros y un coccígeo.

Cada nervio espinal está conectado con la médula espinal por dos raíces: la *raíz anterior* y la *raíz posterior*; también denominadas como raíces *ventral* y *dorsal* respectivamente. La raíz anterior consiste en haces de fibras nerviosas que llevan impulsos desde el sistema nervioso central. Estas fibras nerviosas se denominan *fibras eferentes*. Las fibras eferentes que se dirigen hacia los

músculos esqueléticos y los hacen contraer se denominan *fibras motoras*. La raíz posterior consiste en haces de fibras nerviosas, denominadas *fibras aferentes*, que llevan impulsos nerviosos hacia el sistema nervioso central. Dado que estas fibras están vinculadas con la transmisión de información acerca de las sensaciones de tacto, dolor temperatura y vibración, se las denomina *fibras sensitivas*. Los cuerpos celulares de estas fibras nerviosas se ubican en un engrosamiento de la raíz posterior denominado *ganglio de la raíz posterior*.

Las raíces de los nervios espinales se dirigen desde la médula espinal hasta el nivel de sus respectivos agujeros intervertebrales, donde se unen para formar un nervio espinal. Después de emerger del agujero intervertebral, cada nervio espinal se divide inmediatamente en un gran ramo anterior y un ramo posterior más pequeño, cada uno de los cuales contiene fibras motoras y sensitivas. El ramo posterior se dirige hacia atrás alrededor de la columna vertebral para inervar los músculos y la piel del dorso. El ramo anterior continúa hacia delante para inervar los músculos y la piel de la pared anterior del cuerpo y todos los músculos y la piel de las extremidades. Los ramos anteriores se unen en la raíz de las extremidades para formar complicados plexos nerviosos; los plexos cervical y braquial se hallan en la raíz de las extremidades superiores y los plexos lumbar y sacro en la raíz de las extremidades inferiores. El área de la piel es inervada por un solo nervio espinal y por lo tanto, un solo segmento de la médula espinal se denomina *dermatoma*.

LESIONES DE LOS NERVIOS ESPINALES

Los agujeros intervertebrales dejan pasar a los nervios espinales, y a las pequeñas arterias y venas segmentarias, estructuras todas incluidas en tejido areolar. Cada agujero está limitado por arriba y por abajo por los pedículos de las vértebras adyacentes, por delante por la parte anterior del cuerpo vertebral y por el disco intervertebral, y por detrás por las apófisis articulares y la articulación entre ellas. En estas condiciones, el nervio espinal es muy vulnerable y puede ser comprimido o irritado por alteración de las estructuras circundantes.

6.3. GANGLIOS

Los ganglios pueden clasificarse en ganglios sensitivos de los nervios espinales (ganglios de las raíces posteriores), de los nervios craneanos, y ganglios autónomos.

Ganglios Sensitivos. Son engrosamientos fusiformes ubicados en la raíz posterior de cada nervio espinal inmediatamente proximales a la unión de la raíz con una correspondiente raíz anterior, son los llamados ganglios de las raíces posteriores. También se hallan ganglios similares a lo largo del recorrido de los nervios craneanos V, VII, VIII, IX y X y se denominan *ganglios sensitivos* de estos nervios. Los ganglios sensitivos de las raíces posteriores de los nervios espinales y de los troncos de los nervios craneales: trigémino, facial glossofaríngeo y vago, tienen la misma estructura. Cada ganglio está rodeado por una capa de tejido conectivo, continúa con el epineurio y el perineurio del nervio periférico.

Ganglios Autónomos. Los ganglios autónomos que a menudo son de forma irregular, se ubican a lo largo del recorrido de las fibras nerviosas eferentes del sistema nervioso autónomo. Se hallan en las cadenas simpáticas paravertebrales alrededor de las raíces de las grandes arterias viscerales en el abdomen y cerca de las paredes de diversas vísceras o incluidos en ellas. Cada ganglio está rodeado por una capa de tejido conectivo continúa con el epineurio y el perineurio del nervio periférico. Un ganglio autónomo es el sitio donde las fibras preganglionares hacen sinapsis con neuronas posganglionares y hay presencia de pequeñas interneuronas y ramas colaterales.

6.4. TERRENO DEL TRIGÉMINO

La gran raíz sensitiva y la pequeña raíz motora del nervio trigémino penetran lateralmente en la parte media de las fibras transversales de la protuberancia anular. El nervio trigémino tiene cuatro núcleos:

- 1) **Núcleo Sensitivo Principal.** Este núcleo se ubica en la parte posterior de la protuberancia, lateral al núcleo motor. Se continúa por debajo con el núcleo espinal.
- 2) **Núcleo Espinal.** Este núcleo se extiende hacia abajo a través de toda la longitud del bulbo raquídeo y en la parte superior de la médula espinal hasta el segundo segmento cervical.
- 3) **Núcleo Mesencefálico.** Núcleo compuesto por una columna de células nerviosas unipolares ubicadas en la parte lateral de la sustancia gris alrededor del acueducto cerebral. Se extiende hacia abajo en la protuberancia hasta el núcleo sensitivo principal.
- 4) **Núcleo Motor.** Núcleo que se ubica en la protuberancia medial al núcleo sensitivo principal.

Componentes Sensitivos del Nervio Trigémino. Las sensaciones de dolor, temperatura, tacto y presión se propagan a lo largo de axones cuyos cuerpos celulares se ubican en el ganglio semilunar o ganglio sensitivo del trigémino, las prolongaciones centrales de estas células forman la gran raíz sensitiva del nervio trigémino. Aproximadamente la mitad de estas fibras se dividen en ramas ascendentes y descendentes cuando ingresan a la protuberancia, el resto asciende o desciende sin dividirse. Las ramas ascendentes terminan en el núcleo sensitivo principal y las descendentes en el núcleo espinal. Las sensaciones de tacto y presión son llevadas por fibras nerviosas que terminan en el núcleo sensitivo principal, las sensaciones de dolor y temperatura pasan hacia el núcleo espinal. Las fibras desde la rama maxilar terminan en el medio del núcleo espinal, las fibras desde la rama mandibular terminan en la parte superior del mismo núcleo.

Componente Motor del Nervio Trigémino. El núcleo motor recibe fibras corticonucleares desde ambos hemisferios, también recibe fibras desde la formación reticular, el núcleo rojo, el techo y el fascículo longitudinal medial. Recibe fibras desde el núcleo mesencefálico, formándose un arco reflejo monosináptico. Las células del núcleo motor dan origen a los axones que forman la raíz

motora. El núcleo motor inerva los músculos de la masticación, los músculos tensor del tímpano, tensor del velo del paladar, milohioideo y vientre anterior del digástrico.

6.4.1. Recorrido del nervio trigémino. El nervio trigémino deja la cara anterior de la protuberancia como una pequeña raíz motora y una raíz sensitiva más grande. Se dirige hacia delante saliendo de la fosa craneal posterior y descansa sobre la superficie superior del ápex de la porción petrosa del hueso temporal en la fosa craneana media. La gran raíz sensitiva se expande para formar el ganglio trigeminal, con forma semilunar, que se ubica dentro de un saco de duramadre denominado *cavum trigeminal* o de *Meckel*. Los nervios oftálmico, maxilar y mandibular nacen del borde anterior del ganglio. Las fibras sensitivas para la piel del rostro desde cada rama inervan una zona distinta, con poca o ninguna superposición de los dermatomas².

7. ANATOMÍA FISIOLÓGICA DEL SISTEMA NEUROVEGETATIVO

La interpretación causal de los procesos patológicos juega un papel fundamental en la naturaleza aplicativa de cualquier medicina. Durante la segunda mitad del siglo XIX y la primera del siglo XX, varios autores se han planteado en su momento una conceptualización fisiopatológica cifrada en la observación y análisis del equilibrio neurovegetativo y, de manera frecuente implícita, en la figura del terreno del paciente, entendido como la configuración funcional única que sirve de base determinante al desarrollo de diversos procesos patológicos del que son expresión. Teniendo todo este contexto previo donde se resalta la importancia de la observación del paciente, se ubica el cometido de la caracterización neurovegetativa del paciente, a través de la propedéutica semiológica³.

El sistema nervioso controla no solamente el músculo voluntario estriado, sino, además otros tejidos como los músculos lisos, sobretudo en los sistemas vascular y digestivo, y también la secreción de muchas glándulas, especialmente las salivares y gástricas, las glándulas sudoríparas y la médula suprarrenal. La parte del sistema nervioso que suministra nervios motores a estos tejidos y por el que controla la circulación, casi exclusivamente, y en general las funciones viscerales del cuerpo, es el sistema nervioso autónomo – neurovegetativo -, nombre basado en el hecho de que el control no suele provenir de la atención consiente, ni puede habitualmente ser conscientemente influido.

El sistema neurovegetativo está compuesto por dos partes que tienen al organismo en equilibrio: *el sistema simpático y el sistema parasimpático*. Mientras el sistema simpático está sometido a un “bombardeo” ininterrumpido provocando repetidamente la reacción del estrés, el sistema parasimpático se encuentra en desequilibrio a causa de ello mismo. Un equilibrio justo entre

ambos sistemas es vital para la salud y el bienestar. Basta solo un estímulo por segundo aproximadamente para mantener un efecto simpático o parasimpático normal⁴.

7.1. SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO

En términos generales este sistema es el responsable de la estimulación o del estrés (aumento de la frecuencia cardíaca, aceleración de la respiración, reducción de la actividad gastrointestinal); es la parte más importante del sistema nervioso autónomo en la regulación de la circulación.

La organización general de las porciones periféricas del sistema nervioso simpático, incluye: una de las dos cadenas de ganglios simpáticos paravertebrales situados a ambos lados de la columna vertebral, dos ganglios prevertebrales (el ganglio celíaco y el hipogástrico), y los nervios que se extienden desde los ganglios a los diferentes órganos internos. Los nervios simpáticos se originan en la médula espinal entre los segmentos D-1 y L-2, y desde allí se dirigen primero a la cadena simpática, y luego a los tejidos y órganos que son estimulados por estos nervios.

Neuronas Simpáticas Preganglionares y Posganglionares. Cada vía simpática desde la médula hasta el tejido estimulado está compuesta por dos neuronas, una neurona preganglionar y otra posganglionar. El cuerpo celular de cada neurona preganglionar está situada en el asta intermediolateral de la médula espinal; su axón pasa a través de la raíz anterior de la médula al nervio espinal correspondiente. Inmediatamente después de que el nervio espinal sale del conducto raquídeo, las fibras preganglionares simpáticas abandonan el nervio y pasan a través del ramo comunicante blanco a uno de los ganglios de la cadena simpática. Después, el curso de las fibras puede ser uno de los tres siguientes: 1) puede hacer sinapsis con las neuronas posganglionares del ganglio en el que penetra; 2) puede atravesar por la cadena y hacer sinapsis en otro de los ganglios de ésta, ó 3) puede seguir distancias variables en la cadena y después, a través de uno de los nervios simpáticos procedentes de ella, salir, terminando en uno de los ganglios prevertebrales.

La neurona posganglionar se origina después en uno de los ganglios de la cadena simpática o en uno de los prevertebrales. Desde uno de estos dos orígenes, estas fibras se dirigen hacia sus destinos en diversos órganos. Algunas de las fibras posganglionares regresan a los nervios espinales a través de los ramos comunicantes grises a todos los niveles de la médula, estas fibras nerviosas simpáticas de los nervios espinales son fibras muy delgadas de tipo C que se extienden a todas las partes del cuerpo con los nervios esqueléticos.

Distribución Segmentaria de los Nervios Simpáticos. Las vías simpáticas que se originan en diferentes segmentos de la médula espinal no se dirigen necesariamente a las mismas partes del cuerpo que las fibras nerviosas espinales somáticas, procedentes de los mismos. Por el contrario, las fibras simpáticas del segmento medular, con una distribución solo aproximada, D-1 ascienden con la cadena simpática a la cabeza; las D-2 al cuello; de D-3, D-4, D-5 y D-6 al tórax; de D-7, D-8, D-9, D-10 y D-11 al abdomen; y de D-12, L-1 y L-2 a las piernas. La distribución de los nervios simpáticos a cada órgano está determinada en cada parte por la posición que el órgano ocupa en el embrión cuando se origina. Las fibras nerviosas simpáticas terminan directamente, en la médula suprarrenal, sobre las células neuronales modificadas que secretan *epinefrina* y *norepinefrina*, al torrente sanguíneo.

Troncos Simpáticos. Se trata de dos troncos nerviosos con ganglios que se extienden en toda la longitud de la columna vertebral. En el cuello, cada tronco posee tres ganglios: en el tórax, 11 ó 12; en la región lumbar, 4 ó 5; igual en la pelvis. En el cuello, los troncos se ubican por delante de las apófisis transversas de las vértebras cervicales; en el tórax, se localizan por delante de las cabezas de las costillas o a los costados de los cuerpos vertebrales; en el abdomen se ubican anterolaterales a los lados de los cuerpos de las vértebras lumbares, y en la pelvis son anteriores al sacro. Por abajo, los dos troncos terminan uniéndose entre sí para formar un único ganglio, *el ganglio impar*. Los ganglios simpáticos forman parte del tronco simpático o tienen una ubicación prevertebral.

7.2. SISTEMA NERVIOSO PARASIMPÁTICO

Este sistema por su parte, es el que restaura el estado de reposo disminuyendo la frecuencia cardiaca, haciendo más lenta la respiración, retrasando la transpiración y aumentando la actividad gastrointestinal.

Las fibras parasimpáticas abandonan el sistema nervioso central a través de los pares craneales III, VII, IX y X; el segundo y tercer nervios espinales sacros; y a veces los nervios sacros primero y cuarto. Aproximadamente el 75% de todas las fibras nerviosas parasimpáticas se encuentran en los nervios vagos (X par craneal), que pasan por todas las regiones torácicas y abdominales del organismo. Estos nervios proporcionan inervación parasimpática al corazón, los pulmones, el esófago, el estómago, todo el intestino delgado, la mitad proximal del colon, el hígado, la vesícula biliar, el páncreas, y la parte superior de los uréteres. Las fibras parasimpáticas del tercer par se dirigen a los esfínteres pupilares y los músculos ciliares del ojo. Las fibras del séptimo par alcanzan las glándulas lagrimales, nasales y submandibulares, y las del noveno par inervan la glándula parótida. Estas fibras parasimpáticas se concentran en los órganos pelvianos, que abandonan el plexo sacro a cada lado de la médula al nivel de S-2 y S-3 y distribuyen sus fibras periféricas al colon descendente, el recto, la vejiga y la parte inferior de los uréteres. También envían señales que producen la erección de los genitales externos.

Este sistema también tiene neuronas preganglionares y posganglionares. Sin embargo, excepto en el caso de unos pocos nervios craneales parasimpáticos, las fibras preganglionares recorren sin interrupción todo el trayecto hasta el órgano que inervan. Allí, en la pared del órgano, están situadas las neuronas posganglionares. Las preganglionares establecen sinapsis con ellas y las posganglionares se extienden por la sustancia del órgano; la localización de estas fibras es a nivel del órgano excitado.



7.3. CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA FUNCIÓN SIMPÁTICA Y PARASIMPÁTICA

Las fibras nerviosas simpáticas y parasimpáticas secretan una de las dos sustancias transmisoras sinápticas, *acetilcolina* o *norepinefrina*. Se conoce a las que secretan acetilcolina como *colinérgicas*, y las que secretan norepinefrina como *adrenérgicas*; un término derivado de adrenalina que designa también a la epinefrina. Todas las neuronas preganglionares son colinérgicas, por tanto, cuando se aplica a los ganglios acetilcolina o sus análogos, se excitan tanto las neuronas posganglionares simpáticas y parasimpáticas. Todas o casi todas las neuronas posganglionares son también colinérgicas. En su mayor parte las neuronas posganglionares simpáticas son adrenérgicas. Otras, al nivel de las glándulas sudoríparas, de los músculos piloerectores y de unos pocos vasos sanguíneos, son colinérgicas. Estas hormonas actúan a su vez sobre los diferentes órganos para producir los respectivos efectos simpáticos y parasimpáticos. La acetilcolina se denomina transmisor parasimpático y la norepinefrina transmisor simpático.

Algunas de las fibras parasimpáticas y casi todas las fibras simpáticas se limitan a tocar al pasar las células efectoras de los órganos que inervan; en algunos casos terminan en el tejido conectivo contiguo a las células que estimulan. Por donde estos filamentos pasan sobre las células efectoras o cerca de ellas, tienen unos ensanchamientos bulbosos denominados *varicosidades*, donde se encuentran las vesículas de acetilcolina o norepinefrina transmisoras. Los transmisores acetilcolina, norepinefrina o epinefrina, secretados en las terminaciones nerviosas autónomas, pueden estimular el órgano efector pero primero deben unirse a receptores muy específicos de las células efectoras. Cuando el transmisor se liga al receptor, esto produce un cambio de conformación de la estructura de la molécula proteica, que a su vez, ya alterada, excita o inhibe a la célula.

El acetilcolina activa dos tipos de receptores: los *muscarínicos* y *nicotínicos*. Los principales receptores adrenérgicos son los receptores *alfa* y *beta*. La norepinefrina estimula principalmente los receptores alfa, y en menor medida los receptores beta. Por su parte, la epinefrina estimula por

igual a ambos receptores. Ciertas acciones alfa son excitadoras, mientras que otras son inhibitoras, de la misma forma las beta. Desde el punto de vista farmacológico, por ejemplo, la inyección intravenosa de norepinefrina tiene esencialmente los mismos efectos en el cuerpo que la estimulación simpática, este es un fármaco simpático-mimético, o adrenérgico. La epinefrina y la metoxamina son también fármacos simpático-miméticos.

Los sistemas simpático y parasimpático están continuamente activos, y las tasas basales de su actividad se conocen respectivamente como tono simpático y parasimpático. El valor del tono es el que permite que un único sistema nervioso aumente o disminuya la actividad de un órgano estimulado. Tras la sección de un nervio simpático o parasimpático, el órgano inervado pierde su tono. En la mayoría de los órganos efectores se producen prácticamente los mismos sucesos siempre que se pierde el tono simpático o parasimpático; es decir, pronto se desarrolla una compensación intrínseca que devuelve la función del órgano casi a su nivel basal normal. Sin embargo, en el caso del parasimpático, la compensación a veces requiere muchos meses.

Por alteración en la inervación de los órganos simpáticos y parasimpáticos se genera un fenómeno que se conoce como *hipersensibilidad por desnervación*. Aproximadamente durante la primera semana después de la destrucción de un nervio simpático o parasimpático, el órgano inervado se vuelve cada vez más sensible a la norepinefrina y la acetilcolina inyectadas, respectivamente. Esto se produce tanto en los órganos simpáticos como en los parasimpáticos.

7.4. EFECTOS DE LA ESTIMULACIÓN SIMPÁTICA Y PARASIMPÁTICA DE ÓRGANOS ESPECÍFICOS

Los Ojos. El sistema nervioso autónomo controla dos funciones de los ojos: la apertura pupilar y el enfoque del cristalino.

Glándulas del Organismo. Las glándulas nasales, salivales y muchas glándulas gastrointestinales son intensamente estimuladas por el sistema nervioso parasimpático, lo que habitualmente produce una abundante cantidad de secreción acuosa.

La estimulación simpática tiene un efecto directo sobre las células glandulares haciendo que formen una secreción concentrada que contiene enzimas y moco suplementarios. También vasoconstricción de los vasos sanguíneos que irrigan las glándulas y con frecuencia disminuye sus tasas de secreción.

Las glándulas sudoríparas secretan grandes cantidades de sudor cuando se estimulan los nervios simpáticos, además, las glándulas simpáticas son estimuladas fundamentalmente por centros hipotalámicos que suelen considerarse centros parasimpáticos.

Las glándulas apocrinas de las axilas producen una secreción espesa, odorífera que es resultado de la estimulación simpática, pero no reaccionan a la estimulación parasimpática.

Aparato Digestivo. Este tiene su propio conjunto intrínseco de nervios conocido como plexo intramural o sistema nervioso entérico intestinal. Sin embargo, tanto la estimulación parasimpática como simpática pueden afectar a la actividad gastrointestinal, principalmente aumentando o disminuyendo acciones específicas del plexo intramural.

Corazón. La estimulación simpática aumenta la actividad general del corazón; logrando aumentar la frecuencia como la fuerza de la contracción cardíaca. La estimulación parasimpática genera principalmente los efectos opuestos, disminuye la capacidad de bombeo, pero le permite cierto grado de reposo entre los episodios de actividad intensa. Su único efecto circulatorio es el control de la frecuencia cardíaca a través de fibras parasimpáticas que llegan al corazón con los nervios vagos, impulsos parasimpáticos que son transmitidos por el *centro vasomotor*, localizado bilateralmente en la sustancia reticular del bulbo y en el tercio inferior de la protuberancia.

Vasos Sanguíneos Sistémicos. La Mayoría de los vasos sanguíneos sistémicos, en especial los de las vísceras abdominales y de la piel de las extremidades, se constriñen por la estimulación simpática. La estimulación parasimpática casi no tiene efecto, dilata los vasos de ciertas áreas restringidas, como el área de la rubefacción facial. Las fibras nerviosas vasomotoras simpáticas abandonan la médula espinal siguiendo todos los nervios espinales torácicos y los dos primeros lumbares. Después pasan a la cadena simpática, desde ahí siguen dos rutas hasta la circulación: 1) a través de nervios simpáticos específicos que inervan principalmente la vascularización de las vísceras internas y el corazón, y 2) a través de los nervios espinales que inervan principalmente la vascularización de las zonas periféricas.

Efectos sobre la presión arterial. La estimulación simpática aumenta tanto la propulsión por el corazón como la resistencia al flujo, lo que habitualmente se traduce en una notable elevación de la presión arterial. La estimulación parasimpática disminuye el bombeo cardíaco pero prácticamente carece de efecto sobre la resistencia periférica. El efecto habitual es una ligera caída de la presión.

Efectos sobre otras funciones corporales. En general la mayoría de las estructuras endodérmicas, como las vías biliares, la vesícula, el uréter, la vejiga, y los bronquios, se inhiben por la estimulación simpática pero se excitan por la estimulación parasimpática. La estimulación simpática también tiene efectos metabólicos que hacen que se libere glucosa del hígado, aumente la glucemia, aumente la glucogenólisis en el hígado y en el músculo, aumente la fuerza muscular, el metabolismo basal y la actividad mental. El simpático y el parasimpático están implicados en la ejecución de los actos sexuales masculino y femenino⁵.

7.5. ACTIVACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

El sistema nervioso autónomo se activa principalmente por centros localizados en *la médula espinal, el tronco encefálico y el hipotálamo*. También zonas de la corteza cerebral, especialmente de la corteza límbica, pueden transmitir impulsos a los centros inferiores y de esta manera influir

sobre el control autónomo. Este sistema opera con frecuencia por medio de *reflejos viscerales*; es decir, señales sensitivas que penetran en los ganglios autónomos, el tronco encefálico, o el hipotálamo que pueden desencadenar respuestas reflejas apropiadas transmitidas directamente de nuevo a los órganos viscerales para control de sus actividades.

7.5.1. Control bulbar, protuberancial y mesencefálico del sistema nervioso autónomo.

Muchas zonas de la sustancia reticular y del fascículo solitario del bulbo, la protuberancia y el mesencéfalo, así como muchos núcleos especiales controlan diferentes funciones del sistema nervioso autónomo como la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la secreción glandular en el tubo digestivo, el peristaltismo gastrointestinal, y el grado de contracción de la vejiga urinaria.

Los factores más importantes controlados en el tronco encefálico son la presión arterial, la frecuencia cardíaca, y la frecuencia respiratoria. Un gran número de áreas por toda la sustancia reticular de la protuberancia, el mesencéfalo y el diencefalo pueden excitar o inhibir el centro vasomotor, descrito anteriormente.

7.5.2. Control de los centros autónomos del tronco encefálico por zonas superiores. Las señales procedentes del hipotálamo e incluso del cerebro pueden afectar a la actividad de casi todos los centros de control autónomo del tronco encefálico. Por tanto, hasta cierto punto, los centros autónomos de éste, actúan como estaciones repetidoras de actividades de control iniciadas a niveles más altos del encéfalo. Las áreas superiores del encéfalo pueden alterar la función del sistema nervioso autónomo o de partes de él, de forma tan intensa como para causar una enfermedad grave inducida por el sistema autónomo⁶.

El hipotálamo juega un papel importante en la regulación de la vida emocional y las funciones vegetativas, aunque no es el centro de las emociones, toma parte en las actividades del sistema autónomo que acompañan a la emoción. Es fundamental para la regulación de la temperatura, el metabolismo del agua y el metabolismo en general; también para la elaboración de las reacciones agresivas y de defensa, la alimentación, la bebida y el comportamiento sexual. Más aún, modula y

controla tanto las respuestas simpáticas como las parasimpáticas. El hipotálamo desempeña un papel especial en el control del sistema vasoconstrictor; puede ejercer poderosos efectos excitadores o inhibidores sobre el centro vasomotor.

Además del hipotálamo, las otras regiones importantes del sistema límbico son: la formación del hipocampo, el área septal, la amígdala cerebral y el girocingular anterior. Cuando se acepta que estructura límbica es toda aquella que se encuentra íntimamente ligada al hipotálamo, llega el momento de incluir las cortezas piriforme, endocrinal y prefrontal. La formación del hipocampo incluye entre sus funciones la conducta agresiva y las respuestas autónomas (simpático/parasimpáticas) y endocrinas. Estas funciones también se incluyen, aumentadas, a las de la amígdala cerebral. A nivel del sistema autónomo refuerza el efecto parasimpático lo cual se puede traducir por disminución de los movimientos respiratorios, micción y dilatación pupilar (midriasis).

Muchas partes de la corteza cerebral pueden excitar o inhibir el centro vasomotor, también la estimulación del lóbulo temporal anterior, las áreas orbitarias de la corteza frontal, la parte anterior de la circunvolución del cíngulo, la amígdala, el septum, y el hipocampo⁷.

7.5.3. La médula suprarrenal. La estimulación de los nervios simpáticos que inervan la médula suprarrenal hace que se liberen grandes cantidades de epinefrina y norepinefrina a la sangre circulante, y estas dos hormonas a su vez son transportadas por la sangre a todos los tejidos del organismo. Los órganos son estimulados de hecho de dos formas simultáneamente: directamente por los nervios simpáticos e indirectamente por las hormonas de la médula suprarrenal. El mecanismo doble de estimulación simpática brinda un factor de seguridad, por el que un mecanismo sustituye a otro cuando falta.

7.5.4. Reflejos autónomos. Muchas de las funciones viscerales están reguladas por reflejos autónomos. Varios reflejos autónomos del sistema cardiovascular ayudan a controlar especialmente la presión arterial y la frecuencia cardíaca; uno de ellos es el reflejo barorreceptor. La parte superior del tubo digestivo y el recto son controlados principalmente por reflejos autónomos. El vaciamiento de la vejiga se controla de la misma manera que el vaciamiento del recto. También es importante mencionar los reflejos sexuales iniciados por estímulos psíquicos procedentes del encéfalo y por estímulos de los órganos sexuales. Otros reflejos autónomos son las contribuciones reflejas a la regulación de la secreción pancreática, el vaciamiento de la vesícula biliar, la excreción de orina por el riñón, la sudoración, la concentración sanguínea de glucosa y otras funciones viscerales.

7.6. ESTIMULACIÓN DE ALGUNOS ÓRGANOS AISLADOS Y MASIVA EN OTROS POR LOS SISTEMAS SIMPÁTICO Y PARASIMPÁTICO

El sistema simpático con frecuencia responde con una descarga masiva casi como una unidad completa. Esto ocurre frecuentemente cuando se activa el hipotálamo por un susto, por miedo o por dolor intenso; el resultado es una reacción generalizada por todo el cuerpo denominada *respuesta de alarma o de estrés*. Cuando tiene lugar una descarga en masa, aumenta de muchas formas la capacidad del cuerpo para realizar una actividad muscular vigorosa. Debido a que es el estrés físico o mental el que habitualmente estimula al sistema simpático, la finalidad de este sistema es proporcionar un grado adicional de activación del cuerpo en situaciones de estrés: esto se denomina *respuesta simpática de estrés*. En otros momentos, la activación simpática se produce en partes aisladas del sistema principalmente en respuesta a reflejos que implican a la médula espinal pero no al encéfalo. Los más importantes son: 1) en el proceso de la termorregulación, 2) durante la actividad muscular, 3) muchos reflejos locales que se propagan centralmente por los nervios, a los ganglios simpáticos y la médula espinal, que originan respuestas reflejas muy localizadas y 4) muchos de los reflejos simpáticos que controlan las funciones gastrointestinales son independientes.

El sistema parasimpático habitualmente produce respuestas localizadas específicas a diferencia de la respuesta de descarga en masa del sistema simpático. Sin embargo, a menudo hay una asociación entre funciones parasimpáticas estrechamente relacionadas. Por ejemplo, aunque la secreción salival puede ser independiente de la secreción gástrica, a menudo se asocian, y es frecuente que al mismo tiempo se produzca secreción pancreática⁸.

8. TEJIDOS DE SOSTÉN

8.1. TEJIDO CONJUNTIVO

Los tejidos conjuntivos se originan a partir de un tejido embrionario indiferenciado, el mesénquima, y constituyen una gran parte del cuerpo incluyendo todos los tejidos que no sean epitelial, nervioso o muscular. Esto cubre una amplia variedad de tejidos como hueso, cartílago, tejido fibroso, elástico, sangre y linfa, transportando los vasos y facilitando el intercambio de gases y metabolitos.

Los conjuntivos constituyen una familia de tejidos que se caracterizan porque sus células están inmersas en un abundante material intercelular, llamado la matriz extracelular; que consiste es una red organizada, formada por el ensamblaje de una variedad de polisacáridos y de proteínas secretadas por las células estables, que determina las propiedades físicas de cada una de las variedades de tejido conjuntivo. Las propiedades de la mayoría de los tejidos conjuntivos se deben a su contenido en *proteínas fibrosas* y a la disposición de las mismas. Contiene una sustancia interfibrilar, comúnmente conocida como *sustancia fundamental*, cuyas propiedades dependen de sus macromoléculas mucopolisacáridas. Estos compuestos constituyen un sistema importante y generalizado de moléculas polisacáridas presentes en todas las fases líquidas extracelulares del cuerpo.

Como funciones principales de los tejidos conjuntivos se mencionan: sostén, relleno, defensa y nutrición. Además, contribuye a la defensa del organismo por poseer células fagocitarias y células productoras de anticuerpos.

CLASIFICACIÓN

- **Tejido conjuntivo propiamente dicho.** Laxo y Denso: modelado (regular) y no modelado (irregular).

- **Tejido conjuntivo de propiedades especiales.** Adiposo, elástico, reticular, hemocitopoyético (linfoide y mieloide), y mucoso.
- **Tejido cartilaginoso.**
- **Tejido óseo.**

Además, está conformado por:

1. **Fibras conjuntivas (colágena, elástica y reticular)**
2. **Sustancia fundamental amorfa**
3. **Plasma intersticial**

El tejido conjuntivo presenta diversos tipos de células separadas por abundante materia intercelular sintetizadas por ellas; células que son responsables del mantenimiento del material extracelular, pero ellas mismas juegan solamente un pequeño papel en su función real. La especialización del trabajo del tejido conjuntivo determina la aparición de varios tipos celulares: 1) fibroblasto, 2) Macrófago, 3) célula mesenquimatosa indiferenciada, 4) mastocito, 5) plasmocito, 6) célula adiposa y 7) Leucocitos; de estos últimos, los más frecuentes en el tejido conjuntivo son: eosinófilos y linfocitos.

El tejido conjuntivo propiamente dicho es aquel en el que no hay predominio acentuado de ninguno de los elementos constituyentes o, si lo hay, es de fibras colágenas. En el primer caso, se dice que el tejido es laxo y en el segundo, debido al predominio de las fibras colágenas, el tejido se llama denso.

Tejido Conjuntivo Laxo. Se llama también areolar, y es tal vez el tejido conjuntivo más común. Ocupa los espacios entre las fibras y haces musculares, sirve de apoyo para los epitelios y forma una capa alrededor de los vasos sanguíneos y linfáticos. Apoyando y nutriendo las células epiteliales, el tejido conjuntivo laxo se encuentra en la piel, en las mucosas y en las glándulas. Las células más comunes son los fibroblastos y los macrófagos, las fibras colágenas, elásticas y

reticulares también están presentes. El tejido es de consistencia delicada, flexible y poco resistente a las tracciones.

Tejido Conjuntivo Denso. Se trata de un tejido menos flexible que el laxo y mucho más resistente a las tracciones. Tejido que se encuentra en los tendones y aponeurosis, en que la solidez y la flexibilidad son necesarias y en aquellas estructuras en que, como en la capa media de la pared aórtica, se requiere distensibilidad así como resistencia.

Por su parte y dentro de la clasificación de tejidos conectivos de propiedades especiales; el tejido elástico es poco frecuente; el tejido reticular se haya en órganos formadores de células de la sangre (órganos hemocitopoyéticos), constituyendo el armazón que soporta las células libres existentes allí y que dan origen a las células de la sangre; y el tejido mucoso es de consistencia gelatinosa, contiene fibras colágena y raras elásticas o reticulares, sus células son principalmente fibroblastos. El tejido mucoso es el principal componente del cordón umbilical, donde recibe el nombre de gelatina de Wharton; se encuentra también en la pulpa dental joven⁹.

9. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA AFECCIÓN NEUROFOCAL

En Nínive desenterraron una piedra grabada en caracteres cuneiformes del año 650 antes de Cristo. Sobre ella se pudo leer: "Los dolores en la cabeza del rey, en sus brazos y en sus pies vienen de los dientes, no hay más remedio que arrancárselos" (Voila). Se ha visto que desde la antigüedad, pasando por la edad media hasta hoy en día, que siempre han existido agudos observadores de las distintas manifestaciones de las enfermedades y sus repercusiones en todo el organismo, la influencia del medio ambiente y de los ciclos de la naturaleza. Cabe nombrar personajes como Hipócrates, Paracelso, Hahnemann y modernamente Huneke, Voll, entre otros. Los dientes no han sido la excepción y aunque estos valiosos reconocimientos han sido perdidos, olvidados e ignorados, no hay duda de su influencia en la salud y viceversa, su evidente deterioro si la persona está enferma. El hecho de que un foco bacteriano es capaz de diseminar bacterias a través de la corriente sanguínea o linfática en realidad no es nada nuevo y está de acuerdo con la teoría infecciosa según Passler, Hunter y Rosenaw de principios del siglo XX. Más adelante el reumatólogo Slauk, en 1929, afirmaba que también la acción de las enzimas bacterianas provenientes de focos pueden actuar a distancia. En 1937 Berger agregó que conjunto a la toxina bacteriana (denominada sustancia proteica extraña) y los endoalergenos estarían formándose en una necrosis dentro de los procesos inflamatorios crónicos encapsulados que actuarían a distancia como alergenios focales dando lugar a un proceso llamado alergosis focal. Se asume que frecuentemente los focos son los desencadenantes de reacciones alérgicas debido a la entrada de toxinas al organismo.

En 1924 Ricker lanza la teoría patológica de relación, en la que se destaca la importancia del sistema vascular - nervioso.

En 1950 Siegmund introduce la teoría neural. Se basa en el hecho de que un factor patológico local (foco) produce una reacción a distancia en forma de irritación continua de un segmento vegetativo determinado, logrando llegar a involucrar la alteración vasomotora o distrófica parcial o total del sistema nervioso autónomo o vegetativo¹⁰.

En 1951 W. Blumencron reportó las alteraciones tisulares anatomo-patológicas observables sobre la integridad del sistema intersticial. El sustrato anatomo-patológico que tisularmente le corresponde a efectos patológicos distantes bajo efectos provenientes de focos apicales producidos experimentalmente y que afectan todo el organismo fue investigado en animales. Al examen histológico de los órganos parenquimatosos (corazón, hígado, riñón) apareció como hallazgo marcante y constante, en todos los casos sin excepción, alteración de la permeabilidad vascular comprobada por el microscopio de fluorescencia. En la pared vascular se depositaron masas proteicas que se manifestaron parcialmente en forma de inhibición proteica del parénquima, también se le vio en terreno peri-vascular. Otro hallazgo que llamo la atención fue la enorme edematización de la pared vascular y del tejido conectivo perivascular¹¹.

En 1953 Selye introduce la teoría hormonal en la que se destaca la importancia del sistema hormonal-hipófisis-corteza suprarrenal. Establece que el organismo posee una capacidad de adaptación y defensa que se puede alterar con el estrés en combinación con alteraciones orgánicas crónicas que producen el momento patogénico de la enfermedad focal.

En 1956 Pischinger lanza una teoría humoral del medio-celular ubicado en el sistema básico vegetativo representado por el tejido conjuntivo laxo (ubicuo, es decir que consigue en todo el organismo) y que incluye parcialmente todas las teorías anteriores: el factor celular, neural, hormonal, alérgico, etc. Esta teoría se lanzó después de varios años de estudio con todo el grupo de fisiólogos, patólogos e histólogos nombrados anteriormente. Mientras, la teoría celular en la que se basa la patología clásica universitaria hasta hoy día data del año 1875, y fue proclamada por el eminente médico R. Virchow que indudablemente le trajo a la medicina en los siguientes

cincuenta años un gran avance; sin embargo, persisten muchas de las enfermedades, principalmente crónicas, para las cuales la medicina moderna y ultratecnológica aún no tiene respuestas.

La teoría propuesta por Pischinger establece que sí se desvía la atención desde el órgano o las células orgánicas directamente afectadas hacia el tejido circundante, aparentemente sin importancia, se está proyectando hacia “la vecindad”, al tejido de relleno “inerte” llamado conjuntivo o conectivo, lo que constituye el sustrato de ésta teoría medio-celular básica (A. Pischinger). El principio de regulación según Pischinger (1970) es el encargado de dirigir el sistema básico vegetativo y en consecuencia, las regulaciones básicas del organismo vivo. La misma se realiza a través de relaciones energéticas mutuas entre las células del tejido conjuntivo intersticial laxo y el líquido extracelular con la utilización de los sistemas *Redox*, los cuales poseen reacciones liberadoras o ahorradoras de energía. Pischinger pudo constatar, además, que las regulaciones metabólicas correspondientes al agua, a los electrolitos y al equilibrio ácido-básico, también se realizan en el sistema básico. Todas estas reacciones homeostáticas que tienen lugar en el tejido conjuntivo laxo (sistema básico), pueden ser alteradas por el transporte de iones de una afección focal. La gravedad de la alteración depende de la capacidad de defensa individual¹².

Según las investigaciones realizadas en la Universidad de Viena, por Pischinger y colaboradores, todas las funciones vitales como: metabolismo, circulación sanguínea, respiración celular, presupuesto energético, temperatura, equilibrio ácido-base, etc., son reguladas por el denominado “*sistema ambiente – celular*” o sistema vegetativo básico; sistema constituido por el tejido conectivo laxo, con sus células de tejido conjuntivo, líquido extracelular, nervios y capilares, que se encuentra distribuido por todo el organismo, interconectando todas y cada una de sus partes en forma de una sinopsis ubicuitaria (Pischinger). Ni los terminales nerviosos vegetativos ni los capilares sanguíneos, ni los vasos linfáticos hacen contacto con las células; por lo tanto, todas las señales de información llegan en última instancia al sistema vegetativo básico. Es por ello que los mecanismos de control cibernéticos se ejercen no sólo a través de los sistemas nervioso central,

nervioso vegetativo y endocrino, sino que es necesario incluir al sistema descrito. Estas investigaciones permitieron también comprobar desviación en la composición de la sangre, en la temperatura y en el metabolismo del oxígeno, ocasionado por los campos de interferencia ubicados a nivel del sistema vegetativo básico. Este sistema es fácilmente alterado o interferido por noxas o alteraciones localizadas en cualquier parte del organismo, lo cual repercute patológicamente en los mecanismos de control y regulación. La energía necesaria para la realización de las funciones de regulación y control que se llevan a cabo en dicho sistema, es suministrada por las células. Cada célula constituye una pequeña batería con un potencial de 40-90 milivoltios. Cada vez que una célula recibe un estímulo, éste hace caer su potencial, es decir la célula se despolariza. Normalmente la célula se repolariza de inmediato, utilizando para ello la energía que ella misma produce con el metabolismo del oxígeno. En una zona donde existe un campo interferente las células se encuentran despolarizadas y por tanto las funciones vegetativas se encuentran paralizadas al interrumpirse el suministro de energía.

A principios de los años cincuenta se fundó en Alemania "La Sociedad Médica Alemana de Investigación y Profilaxis Focal", actualmente denominada "Sociedad Médica Alemana de Investigación Focal de Regulación", fundada por los Profesores Thielemann y Olemann de Frankfurt, y fue precisamente gracias a ella que los profesores Siegmund, Pischinger y otros, aclararon conceptos de suceso focal y también el entonces muy discutido descubrimiento de Huneke. Las comunicaciones de Ricker, Speranki y otros hicieron escuela y fue llamado "Equipo Vienés", que con Pischinger, Kellner, Altamann, Perger y Bersman, demostraron científicamente la patología focal y neural.

En cuanto a terapia neural se refiere, fueron los hermanos Ferdinand y Walter Huneke quienes observaron tres veces en su vida algo esencialmente nuevo. Con la aplicación de una inyección paravenosa de procaína a un paciente con fuertes cefaleas y muy mala distribución venosa, logrando el mismo efecto que si se hubiera inyectado en la vena, determinaron que no podía ser el resultado de una reabsorción procaínica en el vaso sanguíneo. La rapidez de las reacciones,

puso a ambos a pensar en procesos eléctricos que corrían de alguna manera por vías nerviosas – vegetativas. En 1928 publicaron sus experiencias bajo el título “Desconocidas reacciones a distancia de los anestésicos locales”. Le adicionaron algo de cafeína a la procaína para hacerla más inofensiva. De 1925 a 1940, ejercieron bajo la denominación de anestesia curativa lo que se conoce hoy como terapia segmental. Ellos intentaron de manera puramente sintomática balancear desde la superficie del cuerpo sobre las zonas reflejadas y los nervios de competencia segmental, disfunciones en el sinergismo del sistema vegetativo¹³.

10. AFECCIÓN NEUROFOCAL

La ciencia de la odonto-estomatología tiene que salir definitivamente del ostracismo en el que se encuentra, que la ha conducido a una sobrevaloración unilateral del acontecer bacteriológico en los problemas focales y que no define o soluciona la situación global del enfermo. El sistema básico neurovegetativo debe encontrarse en primera línea, antes que al mencionado bacteriológico, siendo el único que permite llegar a discernir la génesis de la síntoma-patologías. Desde esta concepción lo que se intenta no es curar una enfermedad, sino buscar y tratar su etiología, detectando y eliminando ya sean focos neurales, espinas irritativas o interferencias, campos de distorsión patológicos, más los posibles cofactores que son otros campos de distorsión de menor entidad que acompañan al foco principal. Separarse un poco del antiguo concepto de foco facilita el entendimiento de que no todo está en conexión con bacterias y toxinas sino que precisamente el camino neural juega un papel definitivamente importante. Se trata del sistema nervioso, que a modo de una red nerviosa une, relacionando la multiplicidad de elementos que componen el organismo.

La afección focal se trata de un trastorno que aparece en distintas formas en el organismo, sostenida por un foco inflamatorio o irritativo, originado por una alteración clínica o subclínica y mantenida por un foco primario que explica su acción patológica a distancia. Como los factores neural y focal siempre van unidos, si de un hecho focal se trata se ha establecido en la nomenclatura las palabras neuro-focal juntas y como su consecuencia el campo de interferencia. Esta expresión con el fin de evitar una relación con el antiguo concepto de los primeros pioneros y denominados exodontistas, que abarca únicamente la infección focal (E. Adler)¹⁴.

Un foco se considera como una modificación local dentro del tejido conjuntivo laxo, que, conteniendo sustancias no digeribles ni degradables, se halla en constante confrontación con los mecanismos de defensa locales y generales. Únicamente con el fracaso de los mecanismos de defensa locales comienza la acción a distancia del foco sobre el resto del organismo y con ello la enfermedad focal, junto con la intervención de factores endógenos y exógenos. Este foco primario está por lo general presente en la región dentaria, amigdalara, sinusal u otras regiones donde se desarrolla la enfermedad focal, llegando a lugares donde se desarrolla una patología metastásica llamada "foco secundario". Sin embargo, los dientes se consideran un factor importante en primer lugar. Los focos o campos interferentes que se ubican en la zona dentomaxilar pertenecen a las enfermedades crónicas que regularmente no ocasionan dolor local; su modo de acción se basa en la sobrecarga permanente de las capacidades de autorregulación del organismo, que se ejercen dentro del sistema básico conjuntivo, según la definición del Profesor Alfred Pischinger / Viena.

Naturalmente, las conexiones entre campo de distorsión y una síntoma-patología a distancia solo pueden hacerse evidentes en los casos en los que un "foco solitario", es decir, un único foco causante, es el responsable de la sintomatología. Existe entonces una asociación dinámica entre el foco y la enfermedad general, desapareciendo esta tras la eliminación del foco primario. Es importante aclarar que muchas veces con la eliminación del foco no se consigue suprimir la enfermedad producida por el mismo o "enfermedad focal", ya que junto con el foco casi siempre van sumados factores concomitantes o influencias psíquicas como el estrés. Además las enfermedades clásicas cada día se ven menos en detrimento de cuadros patológicos. Así, se puede comprender como una afección casi siempre localizada en la región bucal, produce una manifestación metafocal, lo que es igual a un cuadro patológico a distancia. Dichas manifestaciones suelen observarse con mayor frecuencia a nivel ocular (uveítis, conjuntivitis, iridociclitis), a nivel del sistema locomotor (reuma, artritis), cardíaco (endocarditis), hematológico, dermatológico o genitourinario, manifestándose casi siempre con estados subfebriles. También pueden ser alterados, el aparato circulatorio, tracto gastrointestinal, todo el sistema inmunitario (debilitación de los organismos de defensa), el sistema linfático (nódulos linfáticos inflamados), los

valores sanguíneos (velocidad de sedimentación, conteo globular) y numerosos cuadros generales como las "disonías neuro-vegetativas", en las cuales frecuentemente no se puede encontrar causas concretas y que hoy en día se asocian a la mayoría de las enfermedades¹⁵.

En el idioma español se utiliza, aparte de la palabra "foco", la de "espina irritativa", esto ocurre tanto si la causa o el efecto es de naturaleza bacteriológica, tóxica, mecánica, creados por compresión o puramente de origen neural, ya que se puede tratar de una diversidad de causas, o frecuentemente, de una misma causa para las más diversas síntomo-patologías. Las causas de los efectos de distorsión pueden ser muchas; cualquier irritación crónica puede actuar como foco en un momento dado y no tiene que ser necesariamente de naturaleza infecciosa, importante diferencia con la nomenclatura académica que concibe el término foco únicamente en presencia de una infección localizada. Esto, de acuerdo a la concepción de la teoría focal moderna, donde se establece que un foco también puede ser *abacteriano*, como las cicatrices por ejemplo y que la transmisión o que la propagación de la señal interferente puede ser por otras vías, como el sistema vascular-nervioso, la hormonal, la nerviosa vegetativa, la humoral dentro del sistema medio-celular conjuntivo y hasta por resonancia intercelular, según el físico F.A.POPP¹⁶.

En alemán, al término "espina irritativa" le es más próxima la denominación "campo de distorsión", que procede de la terapia neural. Los campos de distorsión, son llamados así, porque provocan variaciones en los niveles bioeléctricos del sistema nervioso, que inevitablemente alteran el buen funcionamiento del sistema orgánico y psíquico. Son fuentes de intoxicación energética y química en el organismo. Ya el concepto de la energía de los seres vivos, de la que está formado y que circula indefinidamente dentro de cada organismo, no es tan desconocida. Aquí es que tiene sentido que si una parte del organismo está bloqueada "energéticamente", por una afección dentaria, pueda con el tiempo bloquear o influir otras partes orgánicas a distancia y producir signos y síntomas patológicos. Aún sin evidencia de ellos una terapia asintomática tampoco llevará a una genuina curación mientras esté activo un campo de distorsión generando un efecto "a distancia" a través del sistema nervioso.

Los campos de distorsión en el área del trigémino aún se ignoran, y en una proporción mínima increíble, solo se procede a su eliminación cuando la momentánea distorsión funcional se ha convertido ya en una enfermedad orgánica irreversible. Lo más importante ya no es el mismo foco o el campo de distorsión en sí mismos, sino la capacidad de reacción del organismo, deteriorado por una larga enfermedad. Un importante factor a mencionar presente en la humanidad actual es el abuso de los medicamentos, y no precisamente de los inocuos, los perjuicios que traen consigo un tal abuso llevan a un bloqueo mesenquimatoso y así las reacciones naturales se ven modificadas y debilitadas día a día. Se considera también éste un motivo por el cual, el acontecer actual de los campos de irritación tiene una mayor influencia patológica que antes, ya que entra en juego otro factor muy importante: la unidad del ser humano en sus reacciones. Los focos pueden permanecer silenciosos o dormidos durante años, porque el paciente no nota nada. El foco despierta como respuesta del organismo a diferentes factores como irritaciones, estímulos, estrés u otros, así, el campo de distorsión se convierte en la aguja de la balanza, hacia un lado o hacia el otro; con otras palabras, mediante la disminución de la capacidad de resistencia se produce un desarrollo negativo, teniendo en cuenta que todo en el organismo es equilibrio. Es de extrema importancia saber, que todos los dientes afectados y su aparato de sostén puedan funcionar como un campo interferente en conjunto.

Otro punto importante a mencionar es que los focos o campos de irritación en la cavidad bucal, que no sean directamente traumatismos o dientes retenidos como los terceros molares principalmente, podrían ser secundarios. Traumatismos, accidentes, lesiones, órganos afectados patológicamente también establecen una directa e importante relación con los campos de interferencia, y resulta algo más difícil de encaminar una actitud terapéutica, ya que existe una lesión que por sí sola ya puede dar motivos suficientes de molestias, o que dificulta la curación, o que causa más irritaciones.

Desafortunadamente, no se agota el terreno de focos y de campos de interferencia con solo aquellos dientes que están desvitalizados o que poseen un foco. Cambios radiográficamente

apenas visibles en la región que circunda los ápices radiculares, focos osteomielíticos, todos los dientes en malposición o aquellos que en su función oclusal se encuentran sobrecargados, y quistes radiculares, periodontales, foliculares o cualquier otra clase de lesión que se presente en la región maxilomandibular, son frecuentemente puntos de partida de interferencias nervales lejanas. Incluyendo además la gingivitis, periodontitis, estomatitis. De importancia es también la osteítis residual, un cambio inflamatorio en terreno óseo maxilomandibular que se puede formar después de extracciones alrededor de restos radiculares abandonados o de cuerpos extraños. Referente a los nuevos estudios es importante nombrar la "osteolisis", en la región de las tuberosidades. Es importante percatarse que el foco o campo interferente por sí solo no produce ninguna enfermedad, sino que produce en el organismo del paciente afectado una *rigidez funcional*, que impide el éxito de las terapias biológicas. Desde este punto de vista se hace evidente la necesidad de buscar el campo interferente aún cuando aparentemente no exista evidencia clínica patológica. Incluso una mandíbula edéntula no garantiza la ausencia de interferencias. Fuera de las ya citadas osteítis residuales, de los restos radiculares y cuerpos extraños, pueden interferir las simples cicatrices que pueden quedar tras las extracciones¹⁷.

11. ETIOPATOGENIA Y PATOFISIOLOGÍA DEL EFECTO FOCAL DENTOGENO

Muchas son las causas que se han propugnado para explicar estos procesos patológicos a lo largo de los años. A continuación se expondrán las diferentes teorías que tratan de explicar dicho fenómeno.

TEORÍA INFECCIOSA

- La piofagia, el pus deglutido pasa a la circulación general y la infección se fija sobre los órganos
 - La instalación de pus, puede originar infecciones pulmonares
 - La bacteremia por metástasis a partir de focos dentarios, se extendería por vía sanguínea.
- Una explicación indiscutible de la causa de ciertas endocarditis bacterianas secundarias.

TEORÍA TÓXICA

- Las endotoxinas liberadas después de la destrucción de los microorganismos, darían lugar a reacciones específicas.
- Los antígenos provocan una reacción de tipo vascular y a distancia lesiones viscerales¹⁴.

TEORÍA NERVIOSA

- La afección dentaria provoca una excitación del sistema neuro-vegetativo y por vía refleja la lesión a distancia. Es importante conocer y comprender la importancia de los focos, aún más en zonas periapicales, que están rodeadas por una red nerviosa simpática o parasimpática que pueden ser estimuladas, provocando a distancia importantes reacciones vasomotoras¹⁵.

TEORÍA DE ALERGIA BACTERIANA

- Existe sensibilización a un germen o toxina. Los argumentos clínicos-biológicos experimentales, confirman esta hipótesis, en particular observadas en ciertas patologías reumáticas oculares, cutáneas, renales o alopecia.

TEORÍA INMUNOPATOLÓGICA

- El importante papel que ha jugado el *streptococcus hemolíticus*, como causa de la enfermedad reumática por un mecanismo inmunológico, ha facilitado esta teoría.

En afecciones dentales como necrosis pulpaes o lesiones periapicales existen gérmenes y antígenos potenciales y frente a ellos aparece una reacción del organismo en forma de respuesta inflamatoria inespecífica. La implantación de antígenos en diversos órganos daría lugar a la formación local de inmunocomplejos provocando daños en ellos, y finalmente la capacidad de producir una respuesta autoinmune, contra los tejidos del propio organismo, modificada la respuesta por el propio agente en sucesivas infecciones o respuestas cruzadas¹⁸.

El diente está unido orgánicamente a través de su alvéolo. Tiene también relaciones vecinales con la encía que está constituida por tejido conectivo. Si éste presenta una afección se convierte en sede de procesos patológicos, los que se esparcen por vía de las comunicaciones transversales pulpa-dentina-cemento-periodonto y forámenes apicales, se afecta entonces primero el tejido de la región circunvecina y más tarde el hueso. Es importante aquí recordar que en los canalículos de *havers*, del hueso de soporte, se hallan todos los elementos del sistema básico vegetativo, estos son: tejido conectivo blando intersticial con vasos capilares, vasos linfáticos y nervios vegetativos, también todos los componentes celulares. Estos elementos le responden a la denominada irritación, que sea como cualquier otro tejido, con inflamación y rechazo, y casi siempre se pierde en ello estructura ósea. En todos estos procesos como ya se ha mencionado, no tiene trascendencia alguna si el foco o la interferencia es de tipo bacteriano o abacteriano.

Teniendo claro el conocimiento de estos aspectos, es importante comprender lo siguiente:

- a) No todo tejido conectivo irritado alrededor de un foco dentógeno representa un campo interferente y radiante, denominado "foco dispersante" ya que la defensa local puede ser suficiente para limitar en su sitio mismo la irritación.
- b) Si esta defensa no es suficiente puede ser entonces que sobre la red terminal nerviosa y capilar del sistema vegetativo básico, se invadan terrenos de reacción mayores o quizá todo el organismo. Teniendo en cuenta lo expuesto sobre la integridad de este sistema intersticial, se puede entender con más claridad recapitulando los resultados de las investigaciones histológicas que le permitieron concluir a Blumencron (1951) que las consecuencias de la alteración de la permeabilidad vascular, denominada por Eppinger "*inflamación serosa*" o "*albuminuria en el tejido*", ocupan el rasgo más característico y dominante del suceso focal y de campos de interferencia dentógenos.
- c) También en este campo puede el organismo equilibrar aún las sobrecargas focales provenientes de un campo de interferencia ya que dispone de centros reguladores de orden superior (polos auxiliares). Si este es el caso no se encontraría al observar y analizar la situación vegetativa básica, por ejemplo en la sangre (leucocitos, metabolismo mineral), ninguna alteración alarmante. Empero el vegetativo de un paciente en semejantes condiciones se presenta distónico o discrásico y si se le hace una prueba de esfuerzo se descubrirá su larvada afección (o débito de potencial) en el sentido de cambios característicos en su capacidad de reacción. El análisis de los criterios hematológicos (Perger) o la yodometría (Pischinger) permite objetivizar lo dicho experimentalmente. Ricker le dio a este estado el nombre de "*pre-morbido*" y Siegmund lo denominó "*protopático*". En esta condición cualquier infección viral o un estrés hormonal permanente como la pubertad, el climaterio, la gravidez, evidencian el deficiente energético y se comprueba clínicamente lo expuesto. Se ve expresado además en variadas "molestias prodromales" (Fudalla) como fatiga, cansancio, falta de ánimo para el trabajo, sueño intranquilo, hipersensibilidad a cambios climatológicos, etc.

- d) Si el organismo no puede equilibrar las sobrecargas provenientes de un campo interferente, cosa que le sucede en cuanto se presenta cualquier episodio estresante de naturaleza general como un resfrío, una infección, una alteración de tipo psíquico (situaciones conflictivas) o de naturaleza local, siempre y cuando sean lo suficientemente fuertes como para afectar el vegetativo con la intensidad necesaria para provocar una reacción, entonces la insuficiencia energética que hasta el momento había permanecido mas o menos latente, se manifiesta en terreno de lo inespecífico.
- e) Pueden partir de focos y campos de interferencia dentógenos molestias lejanas circunscritas a órganos o afecciones de tipo sistémico, manifestaciones que expresan dificultades a la comprensión del problema. El conocimiento actual que los relaciona con el sistema básico vegetativo y los efectos que sobre este sistema ubicuitario generan, permite visualizar el efecto patógeno que puede llegar a cualquier sitio del organismo y a la inversa, como pueden desaparecer en cuestión de segundos por una desconexión de un campo interferente neural (Terapia neural de Huneke).

Un ejemplo de la manera como reacciona el sistema vegetativo básico es el siguiente: después de la extirpación correcta de un campo de interferencia dentógeno (o incluso por el simple hecho de que éste existe) puede presentarse una ictericia debido a un cambio de funciones de las células estrelladas de *kupffer*, pues éstas representan el aparato regulador del hígado y se conoce que tanto en el foco como en el hígado el sistema vegetativo básico se halla presente con todo su equipo de interconexiones. Este ejemplo permite comprender de qué manera las bases de la medicina integral aquí descrita, sustentan todos estos procesos y lo mucho que aún falta por conocer en la fisiología de la energía para poder discernir a cabalidad estos sucesos que no sólo van de diente a hígado y viceversa sino también a cualquier órgano o tejido del cuerpo¹⁸.

Cuando se hace una aplicación neuralterapéutica lo que se pretende ocurra en situaciones normales es que una irritación no deje huella permanente, pero en ocasiones su rastro permanece

tanto a nivel hipotalámico como en la interconexión de la corteza. Hasta ahora la verdad es que poco se sabe de los mecanismos biológicos de la memoria que permiten la permanencia de una irritación. Se conocen acciones de enzimas como la proteínquinasa-C, la acción de proteínas promotoras y de proteínas de potenciación a largo plazo (PPL) que causando modificaciones más estables llegan a alterar los genes que actuarán como genes de actividad inmediata. Genes que a su vez codificarán otras proteínas presentando la memoria permanente de una irritación. Las PPL producen alteraciones y cambios enzimáticos en la membrana post-sináptica.

La realidad es que hay muy pocos estudios acerca de los mecanismos de memoria y mucho menos de la memoria intracelular. Un nervio con una irritación permanente o con el rastro de ella, sufre lo que se ha denominado *parabiosis*, cuyos principios son postulados en el *Text Book of Physiology*¹⁹: “Debido a la fase refractaria, la cual sigue a cada impulso de excitación, el tejido excitable puede producir sólo un número limitado de impulsos por unidad de tiempo; a mayor frecuencia, las estimulaciones individuales actuarán hacia el tejido, el cual aún está en un estado de completa inexcitabilidad, debido a lo cual la frecuencia de los impulsos será más baja que el de la estimulación. Precediendo desde esto Wedensky introdujo en la fisiología el concepto de *labilidad funcional*, caracterizando esta última por el máximo número de impulsos que el tejido es capaz de producir por segundo en estricta conformidad con el ritmo de la estimulación actuante en el tejido. Estudiando el paso de los impulsos a través de una sección del nervio modificada por la acción de narcóticos, solución salina, corriente eléctrica fuerte, calentamiento, presión mecánica, etc., Wedensky demostró que la labilidad de esta sección modificada disminuía la conducción de impulsos a través de la sección modificada del nervio situado entre el sitio de estimulación y el músculo. Existe una diferencia entre la acción de la estimulación rítmica fuerte y débil. Como resultado de cambios mucho más profundos en esta sección del nervio, una estimulación fuerte evoca ya sea una contracción muscular apreciable del todo, o causa sólo una contracción inicial débil, mientras una estimulación así, continua, produce una considerable tetanización. Este es el así llamado *efecto paradójico*. Finalmente la sección modificada del nervio pierde su habilidad de reacción no sólo ante estimulaciones fuertes, sino también ante las débiles. Aquí se da una

completa inconductibilidad, o el estado inhibitorio. Wedensky creía que cualquier agente actuando en el nervio como un estímulo creaba para su prolongación una acción ininterrumpida, en un foco local de excitación estable y no fluctuante confinada al sitio de su emergencia. Esta excitación profundizada, la cual ya no es capaz de propagarse, Wedensky la llamó *Parabiosis*. Cuando este estado está completamente desarrollado el tejido parece haber perdido sus propiedades funcionales: excitabilidad y conductibilidad, ya que siendo él mismo fuertemente excitado, se convierte en refractario para nuevas estimulaciones²⁰.

Por otra parte, se considera que predispuestos para reacciones a distancia son todos aquellos sitios en los cuales su estructura heredada, en el sentido de un sistema constitucionalmente reducido, presentan debilidad tisular local como en el caso de una estática alterada del esqueleto, pues dichos sitios son los creadores de puntos de resistencia menor o –según Siegmund- puntos de reaccionabilidad mayor, de tal modo que cualquier irritación en lo inespecífico se manifiesta en primera línea en ellos y a través de ellos. Todo esto se puede reducir a una sola frase: “por el eslabón más débil se rompe siempre la cadena”. Una sobrecarga determinada en lo inespecífico es también causa de que la curación de molestias locales presentes, de acuerdo al tiempo de existencia, no pueda llevarse a cabo. Por esto mismo es que enfermedades exógenas no debidas a focos y resistidas a toda terapia, como la artrosis de etiología traumática, incluso lesiones pulmonares específicas, solo logran ser dominadas una vez son eliminados los focos dentógenos potenciales y los campos de interferencia²¹.

11.1. FASES PATOLÓGICAS GRADUALES DEL SUCESO FOCAL

Al igual que en casi todos los sucesos de la vida todo depende de cada persona, cada paciente debe ser observado e interpretado individualmente. La problemática de los focos o campos interferentes debe ser valorada dentro de parámetros dinámicos: si una persona tiene un buen equilibrio metabólico, una ingesta y presencia satisfactoria de los elementos esenciales como

vitaminas, minerales, antioxidantes, oxígeno, etc., y en lo que a veces no se piensa, una actitud mental positiva, están en capacidad de compensar estos focos potenciales. Esta persona, por ejemplo, se mantiene en la primera de una serie de cuatro fases que son:

1. Compensación local, como en el caso descrito.
2. Adaptación sistémica. Todavía compensa, pero ya gasta mucha energía para mantener “a raya” los focos en potencia. Su metabolismo es hiperenergético.
3. Integración sistémica. Aquí las energías gradualmente se van gastando. Si en esta fase se sufre una fuerte enfermedad secundaria, un accidente o trauma psicológico (golpe secundario según Speransky) los campos o focos se pueden activar y “disparar a distancia”. En esta fase es importante distinguir entre la causa de la enfermedad y la condición previa (foco) para que ésta (la enfermedad) pueda manifestarse, ya que sin la existencia del foco posiblemente no se hubiera manifestado. Su metabolismo es hipoenergético.
4. Disociación sistémica. Gracias a la persistencia de los procesos crónicos la capacidad de regulación está dañada de tal manera que ciertas partes orgánicas se pueden aislar de los mecanismos de reparación y control generales del organismo con el peligro de la generación de tumores; fenómeno que recibe el nombre de “isolación” o aislamiento. En este caso el metabolismo se caracteriza por una rigidez funcional.

Estas cuatro fases son graduales y para su reconocimiento se requiere de un diagnóstico focal satisfactorio con el uso de todos los métodos de anamnesis clínicos, radiológicos, valores de laboratorio, pero sobre todo los exámenes biofuncionales y bioenergéticos²².

12. RELACIONES ENERGÉTICAS

Quizá se acepta una relación de un diente o una amígdala infectada con los riñones o el corazón, debido a la migración bacteriana, pero una relación directa se niega. Estas relaciones se aceptarían únicamente si se pudieran demostrar con los métodos convencionales de las ciencias naturales conocidas. Pero hay que tener en cuenta que las ciencias naturales tradicionales y exactas universitarias basan su conocimiento en una visión de los fenómenos del universo relativamente limitado, por lo que una serie de eventos que se ubican fuera de este "pool" no pueden ser reconocidos y menos ser demostrados con los métodos experimentales convencionales porque muchos de ellos no se pueden medir, pesar, ni contar y por lo tanto no existen para la ciencia.

Debido a que no se conoce un término más científico, se habla por tanto de "relaciones energéticas" (según Voll), "circuitos de función" (según Gleditsch), "cadenas causales" (según Schimmel) o "cadenas de resonancia" (según Volkmel), este último siendo el más adecuado porque incluye el concepto de la energía vibratoria. Todo el organismo (cuerpo físico) es atravesado por estos sistemas sutiles cuyo sustrato lo forma esta energía desconocida físicamente, aunque su presencia ya fuera intuitiva por observadores de antiguas y milenarias culturas como los chinos y los hindúes. Ellos la llamaron "chi" o "prana" que circula en los meridianos de acupuntura que tienen una ubicación bien definida y sugieren que la energía de la que se habla no circula por el azar en cualquier dirección sino en una especie de "canales" o circuitos con direcciones preferenciales; estos meridianos son los que relacionan a todas las partes del organismo. La base para comprender la medicina energética natural es la legendaria acupuntura china, que establece el recorrido energético de cada órgano o sistema y la relación con cada emoción positiva o negativa y como es lógico, al saber que recorrido energético tiene cada órgano, se supo también

de la relación con cada parte del cuerpo. Una irritación a lo largo de este sistema se puede manifestar en cualquier parte del organismo.

El médico R. Voll conjuntamente con el odontólogo F. Kramer, después de muchos años de observación y experimentación, desarrollaron un esquema práctico de las relaciones energéticas entre los dientes y el resto del organismo. A continuación un resumen del esquema:

- **Primera cadena de resonancia.** Los ocho incisivos. Senos frontales, riñones, vejiga urinaria (urogenital), segmento inferior de la columna vertebral (Lumbar 2-3, sacra 3-4-5), amígdala faríngea y parte posterior de la rodilla.
- **Segunda cadena de resonancia.** Los cuatro caninos. Ojos, vesícula biliar, hígado, amígdala palatina, seno esfenoidal, cadera y columna vertebral (Dorsal 8-9-10).
- **Tercera cadena de resonancia.** Los ocho molares, exceptuando los terceros. Seno maxilar, amígdala laríngea, estómago, bazo (lado izquierdo), páncreas (lado derecho), columna vertebral (Dorsal 11-12, Lumbar 1), articulación temporomandibular, tiroides y paratiroides, laringe, orofaringe y mamas.
- **Cuarta cadena de resonancia.** Los ocho premolares. Seno etmoidal, nariz, pulmón, intestino grueso, columna vertebral (Cervical 5-6-7, Dorsal 2-3-4, Lumbar 4-5), hombro, codo, amígdala tubaria y la hipófisis.
- **Quinta cadena de resonancia.** Los cuatro terceros molares. Lengua, oído medio, corazón, intestino delgado, columna vertebral (Dorsal 5-6-7, Sacra 1-2-3), hombro posterior, codo posterior, amígdala lingual.

La importancia e influencia de los terceros molares se considera nefasta sobre todo el organismo. En términos muy generales se relacionan los efectos de las superiores con la psiquis, el metabolismo endocrino y cefaleas, mientras que el de las inferiores, con la circulación y el metabolismo energético. De aquí la importancia de comenzar cualquier saneamiento focal bucal con la eliminación de los terceros molares, principalmente inferiores, si están en malposición o generando interferencia. Es contraindicado realizar un tratamiento endodóntico en ellos²³.

12.1. POSIBLES MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN LOS DIFERENTES ÓRGANOS RELACIONADOS

Manifestaciones cardiovasculares. Sudocarditis subaguda padecida en pacientes con valvulopatía aórtica o mitral, cardiopatías congénitas o enfermos portadores de prótesis valvulares. El diagnóstico se puede efectuar por: antecedentes cardíacos, aumento de la temperatura por causa inexplicable, realización de hemocultivo o examen inmunológico.

Manifestaciones pulmonares. Inhalación bacteriana, supuración pulmonar aguda o crónica y absceso pulmonar.

Manifestaciones gastrointestinales. Gastritis, enterocolitis.

Manifestaciones renales. Acción de una alergia bacteriana o una irritación del sistema neurovegetativo y glomérulo-nefritis.

Manifestaciones reumáticas. Artritis aguda reumatoidea por reactivación de focos infecciosos y la consiguiente diseminación de los mismos a distancia, reumatismos inflamatorios subagudos del adulto (en estos casos las articulaciones se ven afectadas por mecanismos inmunológicos-inmunocomplejos circulares y por irritación del sistema neurovegetativo).

Manifestaciones oculares. Queratitis, blefaroespasmos, conjuntivitis. Entidades nosológicas que son producidas por mecanismos reflejos o alérgicos.

Manifestaciones cutáneas. Producidas por mecanismos alérgicos de ciertas patologías como el Edema de Quinke son: eczemas y acné rosácea. Los fenómenos reflejos darían lugar a entidades como: zonas de alopecia y reacciones liquenoides.

Manifestaciones neurológicas. Irritación y neuralgias del trigémino, dolor vascular, vértigos, cefaleas.

Temperaturas inexplicables. Se ha observado, tras numerosos análisis clínicos, que una vez eliminado el foco infeccioso la temperatura desciende en un período que oscila entre las cuatro horas posteriores al acto quirúrgico, si ésta fuera la determinación terapéutica.

Manifestaciones generales de los focos dentarios. Esencialmente se mencionan dos: septicemia, tromboflebitis de la vena facial, oftálmica, plexo pterigoideo o seno cavernoso²⁴.

12.2. ¿QUÉ PUEDE ACTUAR DESDE LOS DIENTES O MAXILARES?

- Obturaciones de amalgama e interacción de varios metales dentro de la boca.
- Los dientes ectópicos o dentro de su sitio normal.
- Todos los dientes con una inflamación o proceso infeccioso.
- Dientes con tratamiento de conducto o endodoncias.
- Restos de dientes como raíces, quistes y granulomas que han permanecido en el hueso maxilar posterior a una extracción.
- Enfermedad gingival y periodontal. (Bolsas periodontales profundas).
- Dientes que aparentemente están sanos pero que pueden constituir focos debido a una degeneración pulpar (pulpitis crónica).

- Las osteítis residuales. Regiones óseas en los maxilares que contienen tejido granulomatoso, presencia de células inflamatorias, principalmente crónicas, y zonas de hueso fibroso atípico.

12.3. IMPORTANCIA DE LOS DIENTES

El ser humano cuando es un embrión, está formado por tres láminas o grupos celulares de los cuales se originan todos los órganos, huesos, sangre, piel, glándulas, músculos, etc. Estas tres láminas son ectodermo, mesodermo y endodermo. Del ectodermo que es la capa más superficial, se forma: la piel, el sistema nervioso y los dientes. Es por esto, que la relación energética es tan fuerte entre los meridianos de energía en la piel, el sistema nervioso, los órganos y los dientes.

Las investigaciones de Heine y Pischinger muestran la importancia del tejido conjuntivo en el área de los dientes y maxilares, su papel en la regulación periférica y en la adaptación de los sistemas de defensa. Si estos sistemas de defensa se encuentran intactos habrá un equilibrio en las manifestaciones vitales. Heine destaca la importancia a nivel microscópico de las células de la pulpa dental, conocidos como odontoblastos y fibroblastos. Se sabe que los odontoblastos se originan en la cresta neural del ectodermo y según Heine los fibroblastos de la pulpa dental en gran parte también se originarían del ectodermo. Destaca que entre las prolongaciones de los mismos dentro del tejido pulpar existen contactos iónicos lo que explicaría la rápida transmisión de la información a este nivel²⁵.

13. TERCEROS MOLARES

13.1. DESARROLLO Y ERUPCIÓN DENTARIA

Los accidentes por erupción de los terceros molares eran ya conocidos en la antigüedad. El Dr. Hemard en el libro que tituló "La verdadera anatomía de los dientes" en el año 1580, relata las particularidades de la erupción de los terceros molares en la edad de la prudencia y la discreción. Posteriormente a la erupción de la pieza dentaria, se le hizo responsable de inflamaciones mucosas y óseas; en el siglo XIX se insistió sobre uno de los caracteres que le daban importancia clínica: la falta de espacio; otros autores consideraron ya el hecho de la infección. Por último, el concepto de la infección pericoronaria, ya en el siglo XX, de los trastornos de origen reflejo, completan esta entidad nosológica²⁶.

En el desarrollo de una pieza dentaria se encuentran diversas etapas hasta que esta se ubica en su posición normal dentro de la arcada. Comienza con el período de crecimiento, el cual a su vez consta de las etapas de: iniciación, proliferación, histodiferenciación y aposición. Luego esos tejidos se mineralizan constituyendo la etapa de calcificación y enseguida sobreviene la erupción y la atrición. Los gérmenes dentarios de los terceros molares se desarrollan desde la prolongación posterior de la lámina dental, proceso que se inicia secuencialmente en la tuberosidad del maxilar y en la unión de la rama con el cuerpo mandibular. En consecuencia los dientes tienen una serie de movimientos que se clasifican como:

1. Preeruptivos: movimientos que realizan los gérmenes dentarios deciduos o permanentes dentro de los maxilares antes de que comiencen a migrar.
2. Eruptivos: movimientos que realizan los dientes para moverse desde su posición en el interior de los maxilares hasta su posición funcional.

3. Posteruptivos: los que compensan el desgaste oclusal y proximal de los dientes que ya han erupcionado y que están en oclusión para acomodar el crecimiento de los maxilares.

Existen algunas características histológicas asociadas con la erupción dentaria a tener presente:

1. Remoción de los tejidos que están sobre la corona del diente
2. Remodelamiento del hueso en el fondo del alvéolo en desarrollo
3. Desarrollo de la raíz dentaria
4. Desarrollo del ligamento periodontal incluyendo el epitelio de unión.

En el proceso de remoción de tejido el diente debe deshacerse del saco folicular que rodea la corona para poder erupcionar, y además del tejido óseo que la recubre. El saco folicular es un tejido conjuntivo fibroso, bien organizado, con epitelio reducido del órgano del esmalte cerca de la corona, y tejido más laxo en su vecindad. Los restos epiteliales del desarrollo dental han proporcionado el punto de apoyo para las hipótesis explicativas del origen de las neo-formaciones odontogénicas, ya que estas células epiteliales remanentes pueden quedar inmersas en diferentes localizaciones anatómicas en el caso que el diente complete el desarrollo anatómico dentro del tejido óseo, la parte coronaria del saco folicular se designa como saco pericoronario, en el cual pueden permanecer restos epiteliales residuales de la lámina lateral o restos epiteliales de los brotes del epitelio externo que se introducen en el saco pericoronario. El reconocimiento de esto es de importancia por el cuidadoso manejo que requiere el capuchón en el momento de una exodoncia para garantizar la exéresis total.²⁷.

Durante los movimientos descritos hacia la cavidad bucal, los dientes pueden sufrir las siguientes complicaciones: inclusiones óseas u osteomucosas, seminclusiones y giroversiones. El éxito de la erupción de un diente permanente en tiempo y lugar correctos se basa en las siguientes premisas: que haya una buena posición del germen, que no haya obstrucciones en el trayecto eruptivo y que el folículo o ligamento periodontal se encuentren sin daño alguno. Consecuentemente con ello, se puede clasificar las causas de los trastornos de la erupción de la siguiente manera:

- Posición ectópica del germen dentario
- Obstrucción en el trayecto de la erupción (Falta de espacio, hueso compacto, supernumerarios, quistes, tumores odontogénicos, etc.)
- Defectos en el folículo o en el ligamento periodontal (Traumas, cirugía, enfermedades congénitas u otras causas).

Durante los procesos eruptivos, los dientes que no se exponen a la cavidad de forma espontánea pueden presentarse distintos casos:

- a) Erupción detenida en posición normal
- b) Erupción parcial por mal posición, obstrucción o inclusión
- c) Falta de erupción por mal posición.

En los casos de retención dentaria se establecen dos formas en las que se puede presentar: intraósea, cuando el diente está rodeado completamente por tejido óseo y subgingival, cuando está cubierto por mucosa gingival. Se considera una pieza dentaria como incluida cuando no tiene fuerza eruptiva, que esté con toda su raíz formada, de lo contrario si no hay ápice formado, se considera pieza dentaria en evolución, y que ha quedado en el hueso más allá del tiempo normal de erupción. La posición ectópica del germen y alguna obstrucción en el trayecto de la erupción conducen a la impactación. Los defectos en el folículo o en el ligamento periodontal dan como resultado la retención, que será primaria antes de la erupción y secundaria si es posterior a la erupción. La impactación dentaria implica el cese de la erupción debido a la presencia de un obstáculo físico en el camino eruptivo o a una eutopía durante la erupción²⁸.

Un estudio realizado en la Universidad de Jordania de ciencia y tecnología, cuyo propósito fue investigar las variables en el tercer molar y en las dimensiones del arco entre sujetos con terceros molares mandibulares erupcionados e incluidos, concluyó que la variable más significativa asociada con terceros molares incluidos, es el espacio inadecuado. Se determinó que los terceros molares son los dientes que más comúnmente siguen una vía de erupción y se incluyen debido a

un arco dental y a espacios inadecuados por el cual deben erupcionar. Se ha demostrado también que a mayor inclinación, mayor probabilidad de inclusión. El desarrollo de espacio del tercer molar está influenciado por muchos factores donde se incluyen: la reabsorción de hueso del borde anterior de la rama, la pendiente posterior del borde anterior de la rama en relación con el reborde alveolar, el movimiento hacia delante de la dentición, el crecimiento en longitud de la mandíbula, la dirección sagital del crecimiento mandibular y de la erupción de los dientes. El desarrollo radicular es otra variable que se considera en la erupción del tercer molar²⁹.

13.2. TEORÍA FILOGENÉTICA DEL DESARROLLO MAXILAR Y MANDIBULAR

Durante miles de años el hombre no solo se adapta al clima o al medio, sino también cada día más a los progresos de la civilización, a veces olvidándose de que es un ser de la naturaleza y ésta tiene siempre sus leyes que no dependen de él. Entre la incorrecta alimentación, comenzando por el recién nacido, el desequilibrio ácido-básico más tarde unido a la falta de una buena masticación, se inicia el proceso de tantos focos e interferencias a lo largo de la vida en aspectos patológicos en el ser humano. Con respecto a la deficiente masticación, es realmente de gran incidencia la rapidez con que se digieren los alimentos sin un adecuado proceso masticatorio en función de todas las estructuras que para ello se desarrollan, teniendo como resultado el desarrollo alterado de las estructuras óseas anatómicas cráneo mandibulares. El mal general es, entre otros, cada vez más la alimentación blanda que implica una falta de esfuerzo en la masticación. La función crea el órgano, se dice, y en este caso la disminución de la actividad masticatoria crea una reducción del crecimiento de los maxilares. Precisamente ésta circunstancia, en el desarrollo mandibular, ha ocasionado que el espacio entre el tercer molar y la rama ascendente se haya disminuido cada vez más. La carencia de una función masticatoria correcta, trae por un lado una menor irrigación sanguínea y desarrollo de los maxilares y por el otro una mala digestión. Para evidencia de estos efectos se puede hacer un análisis de las radiografías que el Dr. A. Sollman del Instituto de Antropología de Munich, ha puesto a disposición para ser publicadas en el libro del Dr. Adler. En ellas se puede apreciar como hasta hace unos 3.000 años

antes de Cristo, en algunas personas, entre el tercer molar y la rama ascendente de la mandíbula existe un espacio que muy bien le pudiese dar cabida a otro diente, mientras que hoy, en casi todas las mandíbulas el tercer molar, incluso en las condiciones normales de desarrollo y ubicación, se encuentra casi al pie mismo o ya en la rama ascendente de la mandíbula³⁰.

Los terceros molares presentan una gran variación en tamaño, forma, posición, formación radicular, tiempo de desarrollo y vía de erupción. En conclusión, el factor etiológico más frecuente de retaso o falta de erupción de los terceros molares, es el escaso desarrollo de los maxilares por factores anteriormente mencionados. Por su parte, el tercer molar mandibular es el diente más frecuentemente incluido después del tercer molar maxilar; la prevalencia es variable también en diferentes poblaciones y en adición a la variación racial verdadera. Generalmente se acepta que los patrones de crecimiento racial, desarrollo mandibular y tamaño de los dientes son heredados y probablemente difieren entre poblaciones y razas. La raza blanca cuenta con mayor porcentaje de dientes retenidos que la raza negra, ya que en esta última, el desarrollo y dimensiones de los maxilares son mayores. La dentadura del ser humano actual sufre del déficit de espacio para un adecuado desarrollo maxilar y mandibular, y en consecuencia, la aparición de los terceros molares complican la situación³¹.

13.3. TERCEROS MOLARES COMO CAMPOS DE INTERFERENCIA

En los años cuarenta y principios de los cincuenta el Dr. Adler estudió por primera vez el peligro que representan los terceros molares, piezas incluidas o falta de espacio, y en la sociedad médica se hacía mucha relevancia al tema. Y era natural, hasta entonces solo se habló de la infección focal para todo tipo de manifestaciones patológicas. Luego de muchos años de observaciones clínicas, las consideró más peligrosas que las infecciones, análisis completamente rechazado por las sociedades médicas. Y esto era fácilmente comprensible, lo que al peligro se refiere, pues la infección se hace tarde que temprano visible y sensible, las consecuencias del tercer molar incluido o con falta de espacio no. Más tarde los mecanismos neurales que dan credibilidad a estos

hechos, fueron confirmados por los profesores de la Universidad de Viena y así estas afirmaciones.

El Dr. Adler comenta en su libro de la tercera edición, que al principio de sus actividades como estomatólogo tuvo la suerte de conocer a un médico que, a pesar de no tener nociones sobre las opiniones reinantes en aquel tiempo referidas a las "infecciones focales", rehusaba a tratar a un paciente que previamente no se hubiera tratado sus dientes "malos". De esta manera pudo comprobar cuantas molestias de los pacientes desaparecían únicamente por esta causa. También, que a raíz de los éxitos logrados, se amplió la colaboración de varios médicos urbanos y de otras ciudades, y que el trabajo realizado surgió de las experiencias extraídas de la práctica diaria donde se podrían escoger dos caminos para relatar esas experiencias: uno, como sobria estadística (la estadística en este campo no posee mucha fuerza de expresión, además de que aún no existe un método normativo para la detección de las interferencias, y no es en cada caso completamente fiable la detección negativa) y el otro, el que se aplicó, mostrar y relatar las cosas tal como se produjeron dentro de la realidad. En cualquier caso, el ser humano no es un número, se compone de cuerpo y alma, y la medicina psicosomática así lo hace entender. Cabe mencionar que en la mayoría de los casos clínicos, sobretudo en los últimos años durante mucho tiempo antes de acudir a la consulta, a los pacientes se les aplicó todas las reglas del saber médico, y en muchos de ellos parcialmente, les fue saneada el área del trigémino; sin embargo, no se resolvieron sus problemas de salud.

A través de las experiencias vividas ya en una época temprana, el Dr. Adler se ocupó de este tema y, en un congreso en el año 1951 sobre patología focal dentaria, en la facultad de medicina de la Universidad de Barcelona, se habló al respecto mostrando una serie de estudios en pacientes que asistían a su consulta. Hasta ahora, se hablaba sobretudo del tercer molar retenido o impactado, o de la bolsa retromolar, o de pericoronitis; sin embargo, este campo se amplía todavía más como en un principio lo demostraron las observaciones casuales y más tarde, lo corroboraron estudios exactos.

Ya muchos estomatólogos anteriores a Huneke, como se ha descrito, en sus prácticas diarias dentro del contexto odontoestomatológico, observaron fenómenos de remisión de molestias en segundos, lo que al igual que el Dr. Adler los interpretaron como procesos de reflejo inconexos sin profundizar en su origen. Por lo que se refiere al campo del tercer molar superior e inferior fue precisamente un caso clínico el que le permitió al Dr. Adler abrir algo más los ojos; en otras palabras, un factor más en la patogénesis de la enfermedad bivalente. Un caso, que evidencia la relación entre un tercer molar inferior en condiciones de normalidad y el síndrome cervical, cuando por solicitud de la paciente para un posterior tratamiento protésico se realizó la exodoncia y las molestias de la paciente se habían ausentado. Después de varias observaciones, tras la eliminación de ésta espina irritativa (tercer molar superior e inferior) se obtuvo inmediatamente después de su intervención terapéutica, una notable mejoría a pesar de algunas molestias locales y dolores junto a una notoria disminución “de una tensión” no percibida anteriormente, así fue manifestado por el paciente tratado. En pocas semanas refería una desaparición del dolor en los puntos de presión en las cervicales 2 y 3. Frente a estas situaciones clínicas se establece un interrogante: ¿Para la eliminación de los terceros molares, debe esperarse hasta que se presenten síndromes cervicales u otras molestias resistentes a terapia?, que puede concluir así: la verdadera medicina debería ser preferiblemente profiláctica. Es importante prescindir de una vez del enfoque local y no olvidar que a pesar de la creciente especialización el ser humano es una unidad, un entero, que puede ser desequilibrado desde un solo punto.

Referente a lo mencionado sobre un alterado desarrollo de maxilares asociado a una deficiente masticación, cabe citar de un trabajo del Dr. Adler (1958) lo siguiente, afirmando que la situación ha ido empeorando desde entonces: “Además, se trata de compresiones de los molares de juicio generadas por la atrofia de los maxilares. Esta carencia de espacio produce, aún sin trasfondos sépticos, una presión del canal mandibular o del seno maxilar, y posteriormente un destemple en la musculatura y cuerpo de la segunda y tercera vértebra cervical. A ambos lados de éstas vértebras cervicales siempre se encontrará un punto doloroso que da fe de la patocinética de esa

compresión. La eliminación del foco sin considerar esta zona, está condenada al fracaso desde el principio”.

Para referirse a la interferencia que ocasionan los terceros molares inferiores, cabe mencionar un caso asociado a dolores paravertebrales expuesto en el libro del Dr. Adler, donde terceros molares presentan un crecimiento de raíz que se halla inconcluso y ya se encuentra a nivel del canal mandibular, además de principio de osteitis marginal. Se inició con la extracción en el lado en que la vértebra cervical C3 es más sensible al punto de dolor, mejoraron las molestias pero se repiten tras unos meses. ¿Fracaso?. De ninguna manera ya que únicamente se hizo la exodoncia del molar de un lado, mientras que el resultado de las pruebas era idéntico para ambos lados, fenómeno que se presenta y se repite en los terceros molares retenidos o carentes de espacio. Por tanto, es importante saber que un campo interferente alcanza al resto de piezas que formen parte de un mismo grupo.

13.3.1. ¿Dónde se halla el peligro relacionado a un tercer molar?. A grandes rasgos se destacan dos grandes motivos en los que se hace énfasis. Primero el asociado a entidades patológicas de tipo infeccioso, y el segundo factor, puramente neural, que actúa a distancia y no es apreciable localmente. Casi todos los dientes, especialmente los que presentan mal posiciones, tienen profundas bolsas marginales de las que parte un estímulo crónico bacteriano e inflamatorio hacia las amígdalas y ganglios linfáticos cervicales. Cuando un factor puramente neural (los terceros molares) se une a uno tóxico (un tipo de pericoronitis), no se produce una suma de sus efectos sino que se potencian.

El Dr. Gleditsch en su libro de Acupuntura Bucal³³ establece que en cuanto a las conexiones específicamente orgánicas, precisamente con los terceros molares hay que hacer una excepción. Por una parte porque en ese punto se entrecruzan una serie de meridianos, y por otra, porque desde ese punto existe una relación directa con el primer ganglio del nervio simpático. Esto se puede corroborar con un análisis general de los casos clínicos tratados por el Dr. Adler, donde los

campos de irritación de la zona de terceros molares evidencian una relación directa con el primer ganglio cervical simpático, por consiguiente la variedad de las afecciones. Se puede nombrar algunas como la artritis, cefalalgias, desprendimiento de retina y otras enfermedades oftalmológicas, hasta la ceguera por hemorragias del cuerpo vítreo, psicosis, modificaciones de vías neurales y por ello preparado el terreno para enfermedades vírales, por ejemplo: herpes zoster y tantas otras, hasta modificaciones hormonales.

La carencia de espacio de los terceros molares superiores y la correspondiente presión sobre la pared posterior de la cavidad maxilar, es a menudo la causa de oftalmopatías y se establece una relación causa-enfermedad cuando se trata por ejemplo de afecciones como la conjuntivitis o la llamada "visión turbia". Así cuando se hace el tratamiento sobre el tercer molar, la alteración puede curarse de dos a tres días, es decir se normaliza pero queda latente en el otro lado si ésta también está presente, tratándose de un hecho totalmente neural. Los terceros molares superiores ejercen una presión sobre el seno maxilar creando un campo de irritación neural siendo frecuente su relación con sinusitis, a raíz de irritaciones neurovasculares en esta zona. Uno de los campos más difíciles no solo desde el punto de vista del otorrino sino para la medicina en general, es la región maxilar como campo de irritación. Si se trata de sinusitis doble puede asociarse a una enfermedad autónoma, mientras que en la sinusitis hemilateral, en la mayoría de los casos, el motivo estriba en una alteración patológica en el ámbito maxilar. El Dr. Adler significa a la cavidad maxilar como un "órgano reflector", sobre el que pueden influir los más variados agentes nocivos, en la vecindad o a distancia. El tercer molar superior es quien ocasiona una distorsión en el equilibrio neural de esa zona. No necesariamente debe estar impactada o incluida, la sola carencia de espacio puede ejercer presión sobre las sensibles áreas maxilares, sensible en el sentido de las reacciones a distancia que genera y no en el del dolor local que pueda producir.

Los casos más relevantes tratados por el Dr. Adler, se consideran provienen de problemas en las áreas de maxilar: hemorragias en la retina y muchos casos de tipo oftalmológicos, sordera, la llamada tetania neurógena (término introducido en 1852 por Corvisart, y aplicado para describir la

hiperexcitabilidad neuromuscular intermitente), periartitis humeroscapularis, braquialgia nocturna, ciática, psicopatías, y muchos otros agentes nocivos tienen ahí su espina irritativa, y a su juicio, algunos problemas del desarrollo juvenil están estrechamente ligados a esta zona. Apariciones poliartíticas rebeldes a toda terapia, especialmente al costado izquierdo del cuerpo es decir, la aparición de un síntoma de hemilateralidad, es casi siempre la expresión de un campo de irritación y con clara asociación si es evidente la presencia de terceros molares en cualquiera de sus condiciones clínicas. Afirma que no tiene que existir una afección que prepare el terreno, basta con una irritación como un tercer molar extruido a falta de su contraparte o aquella situada en el ángulo maxilar o mandibular para generar irritaciones neurales.

En las afecciones como alopecia areata y neuritis de la región temporal se hace una asociación, aunque no muy común con una “vía refleja” que se describe como una línea que va del tercer molar inferior al terreno supraorbital. Línea que en estos casos pasa directamente a través de la zona de alopecia y de dolor si es evidente la sintomatología³⁴.

13.3.2. Variaciones en los terceros molares que los hacen susceptibles de generar focos y campos de interferencia. Existen algunas razones por las que los terceros molares son susceptibles de procesos infecciosos, focos e irritaciones de tipo dentógenos, entre las que se pueden mencionar:

1. Embriológicas: los terceros molares carecen de un brote propio a partir de la lámina dentaria y se forman a partir de una yema desde los primeros molares que deben describir un trayecto curvo hacia distal y oclusal (Curva de Capdepont).
2. Crecimiento mandibular: los terceros molares, refiriéndose al inferior, se ubican en una zona en donde las líneas del crecimiento óseo van en distintas direcciones de manera que, la rama mandibular crece vertical hacia arriba, y el cuerpo, horizontal y hacia delante, transformándose el ángulo goniaco de obtuso en los niños a ángulo recto en los adultos, por lo cual es frecuente

que la corona del tercer molar se ubique hacia mesial y las raíces hacia distal o dilacerándose. Las raíces se aproximan cada vez más al canal mandibular creando un área de irritación, ya que se conoce que en estas condiciones la formación de las raíces es rechazada, de manera que, morfológicamente éstas adoptan las más increíbles formas o deformaciones.

3. Factor anatómico: a causa del uso de alimentos refinados aparentemente el tamaño de la mandíbula ha sufrido una disminución, no así el diámetro mesodistal de las piezas dentarias.
4. El tercer molar aparece en boca en una edad aproximada y variable, por lo que debe evolucionar en un hueso ya con su desarrollo completo que dificulta su erupción.
5. Factor hereditario: el tamaño y la forma de los huesos maxilares y de los dientes está determinado genéticamente.
6. Enfermedades como la disostosis cleidocraneal determinan mal desarrollo óseo y por ende de los maxilares, lo mismo enfermedades endocrinas como el hipoparatiroidismo y el raquitismo, además que es frecuente en ellas observar dientes incluidos.

Haciendo referencia a factores de crecimiento mandibular, es importante aclarar que no se trata únicamente del factor de falta de espacio para el tercer molar sino que, mediante éste desplazamiento en el caso de los inferiores, se aproximan cada vez más a la curva que describe el canal mandibular en esa región, excesiva aproximación que puede significar un área que genere alteraciones al sistema neurovegetativo y, en consecuencia, patologías a distancia. Además, el tercer molar al desarrollar su raíz puede empujar hacia un lado, la laminilla que recubre el canal mandibular dejándolo por tanto al descubierto. En una radiografía de cráneo se puede observar cómo la raíz entra algo en el mismo canal.

En las condiciones descritas y si se añade otro factor basado en la ley de palanca que consiste en que, si por ejemplo, sobre un incisivo recaen 25 kg. por presión de masticación, a un tercer molar le corresponderán 50 kg., por ejemplo, si a ese lado hay ausencia de dientes, la presión por masticación se incrementaría sobre el tercer molar, y por tanto, produce una sobrecarga como puede ocurrir en el caso de una oclusión traumática, se producirá una mayor irritación a través del canal y del nervio mandibular, lo que consecuentemente lleva a un cambio en los correspondientes segmentos en el área cervical (vértebras cervicales C2 y C3) como lo pueden demostrar los puntos dolorosos a la presión situados en la zona posterior del cuello a la altura del costado de las cervicales mencionadas.

Los terceros molares en condiciones de normalidad, con alteraciones durante su desarrollo, ubicación o incluidos, pueden provocar distintas patologías que se pueden clasificar en términos generales en cuatro grupos:

- Neuralgias sintomáticas. El germen del tercer molar incluido o impactado puede presionar el paquete vasculonervioso, el septum interdentario, las raíces o el periodonto de piezas vecinas. Un tercer molar creciendo fuera de su posición normal, a causa de la carencia de un elemento de contramasticación, es la frecuente causa de neuralgias trigeminales y de neuritis, como podrían ser los dolores locales que aparecen al principio de la dolencia.
- Problemas mecánicos. Estos dientes pueden presionar a las piezas vecinas provocando apiñamientos, desplazamientos, e incluso provocar la reabsorción radicular con pulpitis e incluso desvitalizarlas. También sobre ellos aumento de presión por oclusiones traumáticas.
- Neurotróficas. Se han descrito zonas de alopecia asociadas a estos dientes incluidos
- Tumores odontogénicos y quistes³⁶.

14. DIAGNÓSTICO NEUROFOCAL

En referencia a los focos y su relación causal con signos y síntomas, muchas personas no los notan porque no les duele, otros alcanzan a sentir algo pero creen que es natural, pero es importante saber que sin la eliminación de los campos de irritación no será factible una curación, como quiera que se llame la terapia. Desde este punto de vista el diagnóstico por sí solo no asegura nada, la causa resulta verdaderamente importante y que no haya transcurrido demasiado tiempo.

Se dice que antes de cualquier enfermedad está el diagnóstico y debería ser que antes de cualquier terapia está el diagnóstico etiológico. El trío amígdalas-dientes-región maxilar y mandibular no por separado sino visto como una unidad, tiene que ser tenido en cuenta en cualquier análisis. La inspección de los dientes y su examen radiológico pertenecen al comienzo de un tratamiento con el enfoque neurofocal descrito. Se intenta descubrir posibles campos de interferencia dentales con ayuda de test electrofocales y de otro método de provocación. Si se logra de esta manera un fenómeno Huneke será fácil establecer un posible saneamiento radical. Si el tratamiento incluyendo el test dentario, no aporta éxito alguno y se trata de enfermedades verdaderamente severas, se insiste entonces en un saneamiento dental completo. Una vez eliminados los campos se prosigue intentar con procedimientos generales para romper la parálisis de regulación; entonces es posible, a un nuevo intento neuralterapéutico, lograr la resolución esperada.

Los casos diagnosticados como Síndromes de Costen, tratándose de una asociación de síntomas del oído, tiene su origen en la sobrecarga descrita por toda la presión de la masticación que recae sobre el tercer molar y que puede tener como resultado una condensación ósea que puede

encontrarse en contacto con el canal mandibular. Trastornos en las extremidades superiores, especialmente en las manos, se relacionan con campos perturbados en esta zona; algunas veces tratándose de agentes nocivos sépticos o tóxicos y otras, de neurales, como se puede presentar en un tercer molar incluido ya que estos molares bioenergéticamente están relacionados con las extremidades superiores.

En cuanto a la terminología de “neuralgia del trigémino idiopática”, criptógena o genuina, debe utilizarse con extrema precaución en cuanto al diagnóstico se refiere, ya que a pesar de todo lo que esta afección implica es un diagnóstico sintomático. Es muy importante la localización exacta del factor desencadenante, tanto la región nerviosa del maxilar como del mandibular. En el maxilar (segunda rama del trigémino) se tiene la ventaja de que la capa esponjosa y la cortical no son tan duras, ni densas como en la región del mandibular (tercera rama del trigémino). Al tratarse de una neuralgia sintomática del trigémino, la localización del factor desencadenante solo puede efectuarse mediante anestesia con precisión en distintas zonas; zonas que deben eliminarse quirúrgicamente y ser tratadas posteriormente con terapia neural para normalizar más rápidamente las anomalías del área (terceros molares).

14.1. PUNTOS DOLOROSOS EN LAS VÉRTEBRAS CERVICALES

La región de las vértebras cervicales representa una parte fundamental del cuerpo, con ello queriendo asumirla como una unidad, no únicamente su conformación ósea, sino también neural-vasolinfático-muscular. Esto es apreciable especialmente en los trabajos científicos de neurología y ortopedia entre otros, y no menos en las llamadas “zonas reflectoras” que están en conexión con otros órganos; estas conexiones existen también en el mismo segmento cuando hay una alteración patológica en la cavidad bucal, en la región nasal, en seno maxilar o en las amígdalas. Las irritaciones infraumbrales causadas a manera de campo interferente, junto con las amígdalas y los ganglios linfáticos, con sus múltiples inervaciones y vasos, son la causa de las crecientes alteraciones en el área cervical.

Una información obtenida por el Dr. Adler y expuesta en su libro referencia de un instituto especializado en enfermedades de la columna vertebral, describe las mediciones en las vértebras del cuello realizadas con un aparato llamado "neuro-calometer", que oscilaba en la segunda y tercera vértebra, y reporta que al examinar más detenidamente a los pacientes se pudo constatar no solamente que existían trastornos electrotérmicos, sino que en estas vértebras el paciente sentía dolor a la presión en la apófisis transversal. El valor que tiene el reconocimiento realizado con el aparato descrito se halla en conocer su grado de patogeneidad y con ello, saber en que lado hay que comenzar con la terapia focal. En cuanto a la técnica de reconocimiento de los puntos dolorosos, el aprendizaje solo es posible si se empieza en personas jóvenes y no obesas. Otro factor, son aquellos pacientes que de pequeños tienen amígdalas afectadas, que sienten una hipersensibilidad en todo el cuello, lo mismo que en pacientes de más edad, que son portadores de focos desde su juventud. El reconocimiento mismo consiste en la ubicación a la derecha del paciente, colocando la mano derecha en la frente o sobre su cabeza y con la izquierda, se busca con suaves movimientos laterales de la cabeza, los puntos dolorosos en las apófisis transversales derechas, es decir en la parte delantera de los músculos paravertebrales. Los puntos sensibles en las vértebras del cuello, en maxilar se asocian a apófisis transversales de la segunda vértebra cervical y en la región mandibular de la tercera vértebra cervical. Cuando hay agenesia de los terceros molares, no se ha localizado ningún foco en cavidad oral, y se encuentra un resultado positivo en la tercera vértebra cervical a la derecha se considera tratarse de pacientes con diagnóstico hepático positivo. Esto teniendo en cuenta que en la región cervical existe una gran cantidad de puntos reflejos de otros órganos pero no alcanzan la intensidad de los puntos dolorosos como los campos de irritación citados situados en el segmento.

Estableciendo una relación directa de los terceros molares con el síndrome cervical, como ya se explicó, puntos dolorosos paravertebrales cervicales positivos, especialmente el C3, son indicativos de un problema a nivel mandibular. Positivos, por lo que se refiere a los puntos dolorosos en las segunda y tercera vértebras cervicales, y al borde superior del trapecio

corresponden a zonas del maxilar, al mandibular y las amígdalas, significativo de la existencia de campos de irritación que se potencian, terceros molares y/o amígdalas.

14.2. TEST BIOLÓGICOS Y APARATOLOGÍA

Hoy en día, con la aparatología existente, se obtienen resultados bastante positivos con mediciones, solo que con más tiempo y estudio. Esto se refiere especialmente al método de Voll, de muy difícil manejo para un médico ajeno a la acupuntura. Por su parte, el modelo de "Testador S" tiene un campo de mediciones que abarca vitalidad, potencia eléctrica entre metales en boca y finalmente indica por coloración electrocutánea los campos de interferencia.

TEST DE HUNEKE

El test de Huneke es una prueba de reactivación del foco, el llamado "*Fenómeno del segundo*", que se utilizó hace años, según la cual, al inyectar Impletol (novocaína-cafeína) alrededor de la zona determinada como interferencia (región apical), se advierte la desaparición de las manifestaciones dolorosas secundarias debidas al foco. La estimulación terapéutica o diagnóstica se hace a través de una inyección con anestésico local sin vasoconstrictor como Lidocaína al 1% ó 2%. Solo se puede hablar de un fenómeno en segundo dentario cuando la eliminación de todos los síntomas de la enfermedad, después del test, no solo sea total sino que dure un mínimo de ocho horas y cuando este tiempo se alarga a la repetición de la inyección. La sola descarga que un saneamiento dental le representa al sistema neurovegetativo, puede ser suficiente para la curación. La aplicación del test de Huneke sobre el área de terceros molares retenidos y en el polo amigdalario en la presencia de afecciones irritativas, por lo general logra un fenómeno de segundo del 100%. Por ejemplo, si se desea saber si un tercer molar parcialmente incluido influye o actúa a distancia en el caso referido de un lumbago crónico, se practica una inyección a nivel de la raíz o raíces de la pieza dental sospecha. Debido a razones anatómicas óseas el test de los molares inferiores requiere el uso de una inyección intraligamentosa, ya que con la inyección convencional el líquido no llega a la zona periapical y así este test resultaría incorrecto³⁸.

ELECTROACUPUNTURA SEGÚN VOLL – EAV

Según el Dr. R. Voll existen seis puntos de medición que abarcan todos los sectores dentarios. Debido a que un punto de medición (de los seis) recoge la información de entre cuatro hasta ocho dientes u odontones, es necesaria una mayor diferenciación. Esto se realiza a través del test de irritación eléctrico odontogénico, mediante el cual se pueden diferenciar energéticamente cada uno de los dientes o los espacios edéntulos. La respuesta obtenida por un diente sano es muy diferente a la obtenida por uno enfermo.

La presión que ejercen los terceros molares por déficit de espacio para su normal desarrollo produce cambios patológicos que pueden ser detectables por mediciones eléctricas en la piel. Henry Head, Neurólogo inglés – 1861/1940/ -, famoso por sus estudios sobre las sensaciones cutáneas, demostró que los receptores del dolor de la piel suministran indicaciones importantes de lugares situados profundamente, a distancia, en el cuerpo humano. Un deficiente espacio para los terceros molares, demuestra una desviación de la norma en mediciones eléctricas cutáneas de la zona de Head; se considera fisiológicamente normal, ya que se trata de “fenómenos de transformación” que, una vez finalizados y nuevamente medidos eléctricamente, pueden desaparecer, pero no ocurrirá si a causa de una falta en la función masticatoria se mantiene una carencia de espacio³⁹.



15. TRATAMIENTO NEUROFOCAL

15.1. LA ALIMENTACIÓN PRE Y POSTOPERATORIA

El equilibrio ácido-básico en la alimentación tiene naturalmente en pacientes quirúrgicos una mayor importancia, comenzando con una "limpieza intestinal". Hay que darle al organismo ocasión para defenderse contra reacciones que toda intervención quirúrgica representa y no cargarlo con una "sobrealimentación" equivocada. Se recomienda en todas las intervenciones una alimentación ligera, rica en zumos de frutas; eventualmente con la ayuda de fermentos digestivos ya que si normalmente las personas ya no mastican bien, en esos momentos aún menos.

15.2. PROFILAXIS

La actitud tomada por el terapeuta debe ir condicionada a los siguientes criterios de riesgo: 1. la evaluación del riesgo por presencia de un foco infeccioso, que consiste en la evaluación de la cronología de la enfermedad, por la cual el paciente consulta o ha sido referido y 2. valoración del riesgo de una bacteremia a partir de la patología del órgano dentario que se diagnostique.

15.3. ACTITUDES TERAPÉUTICAS

El propósito es manejar una concepción que con bases filosóficas, históricas, nerviosas y energéticas, de observaciones milenarias por la terapia neural, la acupuntura, la homeopatía, el naturismo, la medicina ayurvédica, etc., y los tratamientos de la medicina actual, que se conjuguen estimulando los mecanismos de autocuración del paciente para que él busque su propio orden individual e irrepetible, con el concepto de que no hay enfermedades sino enfermos.

Cualquier intervención puede causar una provocación, una reacción, pero no siempre se podrá saber dónde se encuentra el otro punto patológico, es decir, que una vez tratado un foco, y en el supuesto de que existan otros focos no detectados, motivo por el cual no han sido tratados, éstos generan reacciones que en su mayoría consisten en un aparente agravamiento de los síntomas. Al extraer o eliminar un foco, durante el postoperatorio puede aparecer ese tipo de reacciones no deseadas; el organismo genera alguna señal de alarma porque todavía existen focos.

Referente a qué terapia neurofocal conviene emplear, se deben diferenciar dos clases de pacientes: unos con campos de interferencia aislados, solitarios o mínimos, y los otros, crónicos con múltiples interferencias, generalmente asociadas como una psicosis por los fracasos terapéuticos. En el caso de enfermedades crónicas, existentes durante años, no siempre basta con la eliminación del campo de irritación sin que se precise de un tratamiento adicional. Lo mismo para el caso de los pacientes anérgicos, aquellos pacientes faltos de capacidad o para una buena distribución o regulación energética, lo que significa una descompensación en todo el sistema psicomático. Todo lo que se debe eliminar son focos de interferencia y por consiguiente se debe hacer exactamente lo mismo como previsión, aunque en el momento el paciente no manifestara ninguna molestia.

La localización de campos de irritación en la boca son fáciles de encontrar pero resulta más difícil su eliminación. Esto no en cuanto se refiere a la ejecución técnica del saneamiento, como las exodoncias por ejemplo, sino al hecho que representa convencer al paciente de su necesidad de realizar una intervención, necesariamente a veces muy amplia, y, por otra parte explicarle cuales son los resultados que puede esperar. Cuando no es evidente ningún tipo de sintomatología, resulta difícil encontrar una causa y aquí la gran expectativa y complejidad del asunto de convencer al mismo paciente, porque a él "no le duele nada".

La eliminación de una influencia a distancia correspondiente, a través de la terapia odontológica focal, únicamente se logra:

- a) Con una terapia quirúrgica focal minuciosamente ejecutada
- b) Con un tratamiento postoperatorio en lo posible con medicamentos naturales, para no recargar aún más los sistemas linfáticos del organismo.
- c) Con un sistema básico de defensa del paciente, con capacidad de regulación y en condiciones satisfactorias de funcionamiento (se puede comprobar con los exámenes biofuncionales como el de Kirlian, el Decoderdermograma o el DFM)
- d) Cuando los órganos y sistemas tisulares no se hallan ya modificados irreversiblemente.

La terapia focal por lo tanto tendría un mayor éxito mientras más tempranamente se comienza a aplicar. Se trata de una terapia dirigida contra la causa o el cofactor de la enfermedad, y por consiguiente, hace posible una terapia posterior positiva. Con previo contexto general el tratamiento de las interferencias debe ir encaminado a eliminar el foco primario de la naturaleza que sea. Frente a esto se puede optar por dos actitudes: 1. una actitud quirúrgica conservadora (Terapia neural) y 2. una actitud quirúrgica radical (Exodoncia-Recesión)⁴⁰.

15.4. TERAPIA NEURAL

La terapia neural es el tratamiento sobre el sistema vegetativo o sistema de control cibernético de todos los mecanismos de regulación. La terapia neural según Huneke es un sistema terapéutico, que ejerce su acción a través del vegetativo con la aplicación de anestésicos locales bien sea inyectándolos en el terreno segmental de la enfermedad, en este caso *terapia segmental*, o bien conectando el campo interferente causante de la enfermedad; es una terapia reguladora, es decir una terapia holística. El estímulo se consigue con el bloqueo selectivo de estructuras nerviosas periféricas o centrales o a nivel de los segmentos según Head, a través de precisas inyecciones con carácter reversible con un anestésico local sin vasoconstrictor. Este impulso que siendo reversible y de corta duración tiene como objetivo la normalización funcional de la membrana vegetativa en el sitio de la inyección y en ocasiones a distancia con la posterior rearmonización de los circuitos boicibernéticos alterados. En un principio puede parecer muy difícil de creer, además

de que un solo campo sea la causa de una enfermedad, pero investigaciones concluyentes en pacientes con padecimientos sintomáticos, se ha encontrado que el 90% de la población en general tiene por lo menos cinco campos de interferencia en la cabeza, ya sea, en oídos, amígdalas y / o dientes. Los anestésicos locales poseen un alto potencial energético de 290 milivoltios, por lo cual al ser aplicados en microdosis en el campo interferente, la célula se repolariza y se estabiliza el potencial de membrana y con ello se recupera la función vegetativa interferida. En cuanto a los tipos de aplicación de la terapia neural, la división de las aplicaciones realmente sólo tiene un valor didáctico debido a que éstas en diagnóstico y terapia suelen integrarse:

- Terapia neural intravenosa de característica humoral
- El tratamiento local segmental: inyecciones intracutáneas, inyección intra y periarterial, y bloqueos de los ganglios vegetativos simpáticos
- La terapia neural global que consiste en la búsqueda y anulación de los campos interferentes⁴¹.

Para que se produzca una reacción en el organismo a la aplicación neuralterapéutica en el campo interferente causante de una enfermedad, ésta debe cumplir con las siguientes condiciones:

1. Desaparecer en un 100% todas las molestias a distancia producidas por el campo interferente, causante de una enfermedad.
2. La total liberación de los síntomas tiene que mantenerse por lo menos ocho horas, si el campo interferente está en la cavidad bucal, y 20 horas si se halla en cualquier otra parte del organismo.
3. Si aparecen los síntomas y se aplica nuevamente el tratamiento neural en el mismo campo interferente, la liberación total de los síntomas debe tener una mayor duración que en la aplicación anterior.

El factor irritativo que genera un tercer molar puede ser fácilmente dominado por la terapia neural. Es muy importante el tratamiento posterior de la región maxilar y mandibular mediante la terapia neural, en áreas retromolar, tuberosidad del maxilar y/o al lado de las heridas de la extracción⁴².

15.5. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Es importante resaltar que la simple extracción o remoción quirúrgica en la mayoría de los casos, no significa necesariamente un saneamiento focal, se debe curetear el hueso alveolar, porque el tejido mayormente alterado que ejerce la acción focal (a distancia), lo representa el hueso alveolar alterado patológicamente que rodea la pieza dentaria. Postoperatoriamente se recomienda tratamiento con terapia neural, además un tratamiento homeopático, fitoterapéutico, softlaser, tens, tens puntiforme, bioresonancia, entre otros. Frecuentemente se puede hacer la observación que en los dos o tres días que le siguen al saneamiento quirúrgico, mejoran notablemente los síntomas del paciente pero que después de muchas veces sufre de nuevo un desmejoramiento de su condición. Con las inyecciones neuralterapéuticas (a veces una puede ser suficiente) se puede desbloquear la zona o el segmento y de esta manera aliviar y curar el paciente. ¿Por qué?. Porque el campo interferente por sí solo no es la causa de la enfermedad sino que provoca además una rigidez en los mecanismos de regulación.

En los casos donde se tiene una clara evidencia de los terceros molares como un campo de irritación se asume una única actitud terapéutica: la extracción, ya que estas interferencias tarde o temprano ocasionarán molestias o afecciones patológicas. Que un diente propio es un diente propio, es una afirmación clara y entendible de los pacientes, los estomatólogos y quienes han estudiado al respecto, pero desde el punto de vista aquí descrito habría que añadir: "siempre y cuando éste no perjudique a otras estructuras orgánicas"⁴³.

En una publicación médica española, citada en la bibliografía, aparece un artículo sobre terapia focal y sus efectos, en el que se expresa que en la intervención quirúrgica que representa la extracción de un diente y más si se trata de terceros molares, se produce una "irritación no específica" sobre el sistema nervioso simpático, que remite que, con el tiempo se restablezca nuevamente la situación previa a la enfermedad⁴⁴. Raras veces la mejoría subjetiva de las molestias de un paciente con un cuadro patológico es instantánea o inmediata. Generalmente

pasan días, semanas y hasta meses, para notar el éxito de la terapia. El hecho es que con un buen tratamiento preoperatorio, correcta intervención quirúrgica y un consecuente postoperatorio, el éxito de un saneamiento no se hace esperar y los resultados frecuentemente terminan siendo sorprendentes.

15.6. INFORMACIÓN PARA PACIENTES QUE PRESENTAN FOCOS O CAMPOS INTERFERENTES EN EL TERRENO DENTO-MAXILAR

Según Fritz Kramer

Traducción de la revista del autor "Focus" No 43, año 1990.

La eliminación quirúrgica de todos los focos en la zona dento-maxilar no se debe realizar simultáneamente debido a que puede provocar una sobrecarga de los sistemas de defensa del organismo. Por lo tanto es necesario actuar por etapas; generalmente durante una etapa se procede al saneamiento de tan solo un cuadrante, debido a razones anatómicas y funcionales suele comenzarse en el maxilar. El postoperatorio diario debe ser realizado por lo menos durante cuatro días en el maxilar y una semana en la mandíbula, durante este tiempo no son convenientes esfuerzos físicos ni situaciones estresantes, ya que podrían interferir en el transcurso de la cicatrización. Posteriormente se indica un control cada semana por dos veces, con administración individualizada de los medicamentos y la terapia indicada para el total restablecimiento. Entre cada una de las etapas del tratamiento el organismo necesita un lapso de recuperación de por lo menos seis semanas o más. Las intervenciones que se hacen necesarias no se pueden efectuar muy seguidas. El éxito del tratamiento se puede evidenciar con un test bioenergético de control⁴⁵.

16. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La Resolución No 008430 DE 1993 establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

El Título I correspondiente a Disposiciones Generales en el artículo 4, hace referencia y disposición de la investigación realizada; establece que la investigación para la salud debe comprender el desarrollo de acciones que contribuyan a:

- a) Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- b) Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- c) La prevención y control de los problemas de salud.
- d) Al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- e) Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de los servicios de salud.
- f) A la producción de insumos para la salud.

17. CONCLUSIONES

- La necesidad de abrir la mente a una concepción holística del ser humano como una unidad constitucional de ninguna manera tiene la intención de menoscabar el valor de los conceptos de afecciones patológicas localizadas, focales desde el punto de vista infeccioso que proporciona la medicina académica tradicional, sino de establecer como objetivo la conjugación de ambos factores local y neural, sabiamente incorporarlos en la patología general y en la terapéutica que aplican las ciencias de la salud.
- El sistema nervioso neurovegetativo en su unidad ejerce una inevitable influencia en los órganos y, en consecuencia a toda su función fisiológica. Todas las funciones vitales como metabolismo, circulación sanguínea, respiración celular, presupuesto energético, temperatura, equilibrio ácido-básico, etc., son reguladas por el denominado sistema ambiente-celular o sistema vegetativo básico. Sistema que esta distribuido por todo el organismo interconectando todas y cada una de sus partes y que puede ser afectado o interferido por alteraciones localizadas en cualquiera de ellas, lo cual repercute patológicamente en los mecanismos de control y regulación.
- La energía necesaria para la realización de las funciones de regulación y control que se llevan a cabo en el organismo, es suministrada por las células. En una zona donde exista un campo de interferencia las células se encuentran despolarizadas y por tanto las funciones vegetativas se encuentran paralizadas al interrumpirse el suministro de energía.
- Ha sido ampliamente demostrada la influencia de la patología y afecciones dentarias en el bienestar de una persona, aunque localmente no se pueden sentir ni percibir los focos o

campos de irritación dentógenos, a distancia y a un nivel general estos pueden interferir de alguna manera sobre el sistema de regulación generando una sintomatología grave, crónica y de larga evolución resistente a toda terapia medica; solamente su eliminación o neutralización podría resolver ese acontecer y guiar una adecuada actitud terapéutica.

- Existen diferentes razones por las que un tercer molar puede constituirse como un campo de interferencia, factores que lo hacen susceptible de ocasionar efectos patológicos en cualquier parte del organismo por las afecciones que genera sobre el neurovegetativo, entre ellas se pueden mencionar las embriológicas, crecimiento de los maxilares, factores anatómicos, edad cronológica de erupción dentaria respecto a los terceros molares, factores hereditarios, y hasta la variación racial, factores que influyen su tiempo de erupción, formación y desarrollo.
- Cuando se hace referencia a que un tercer molar esté ocasionando irritaciones sobre el sistema neurovegetativo y más sobre el área del trigémino, es teniendo en cuenta que una pequeña zona de todo el sistema puede desordenar toda esa unidad que es el cuerpo humano sin que se pueda apreciar nada claro en la clínica, para su efecto, una de las variables más evidente asociada a ellos es la inclusión y malposición por el espacio inadecuado a causa de un desarrollo deficiente de los maxilares.
- Para encaminar una precisa actitud terapéutica en cualquier patología, así ésta tenga un nombre específico, se debe empezar con una exploración clínica, una correcta inspección en especial para el estomatólogo en el área del trigémino, y optar por una nueva perspectiva diagnóstica etiológica. Así, una vez tratado un foco o campo de interferencia, los procesos patológicos que a su causa puedan generarse se resolverán produciendo un bienestar en el paciente, dando mejoría en su calidad de vida.
- La mejoría subjetiva de la sintomatología en un paciente con un cuadro patológico puede resultar instantánea o inmediata, generalmente pueden pasar días y hasta meses, lo

verdaderamente importante es que con un buen tratamiento preoperatorio, correcta intervención quirúrgica y un consecuente postoperatorio en colaboración con un médico con concepción y conocimientos holísticos, el éxito de un saneamiento focal resulta completamente integral para el mantenimiento del equilibrio de los procesos de regulación orgánicos.

- El odontólogo general preocupado por la prevención se encuentra ante un verdadero dilema cuando debe asumir un encare terapéutico frente a los terceros molares, principalmente cuando sus condiciones clínicas son de aparente normalidad, realmente resulta importante entonces que conozca, que dado el hecho de que pueden permanecer sin producir alteraciones patológicas toda la vida pueden ocasionar las mismas con grandes consecuencias si de lo que se trata es de mantener un bienestar orgánico.
- Una actitud diagnóstica y terapéutica conservadora en algunos casos, complementaria en otros, es la terapia neural. Esta terapia puede asumirse como un pensamiento y una práctica de tipo médico social sanitario, alternativo y holístico en su concepción, empírico y científico, que devuelve al ser humano su potencialidad y capacidad de autocuración y ordenamiento propio en su todo; una forma de terapia aplicada en el lugar que se genera un disturbio neurovegetativo.

18. RECOMENDACIONES

- Uno de los grandes propósitos del trabajo realizado, es invitar a estudiar mucho sobre el tema por la necesidad que representa aumentar cada día el compromiso que se tiene como profesionales de la salud con la vida, con la sociedad y el enfermo, a ser más responsables ética, moral y humanamente frente a los otros y su destino, porque éste muchas veces puede depender directamente de él.
- En la medida en que se pueda internar más en el ser humano como un todo y su concepción holística en la medicina académica, el proceso curación y los fenómenos que ocurren serán cada vez más reales y crearán una conciencia de que no existen enfermedades sino enfermos. Que cada uno en su unidad constitutiva representa una determinada entidad patológica que requiere ser tratada como tal.
- El tema de la afección focal ha sido y es todavía muy discutible, existiendo tendencias a su favor, y otras en contra que niegan su existencia. Pero tratándose del mantenimiento de la salud humana no se trata de discutirlo, sino de estudiarlo y profundizarlo para beneficiarla, buscar una causalidad, tratarla y no una solución con actitudes terapéuticas instantáneas, que no lo destruya sino que lo complemente. En la actualidad con los avances en los campos de fisiología e inmunología, se abren nuevos senderos de investigación que a través de unos años, pueden aportar nuevos horizontes a esta concepción de la salud.

19. BIBLIOGRAFÍA

1. GUYTON C., Arthur y M.D., Jhon E. Tratado de Fisiología Médica. Nueva Edición. . Madrid – España: McGraw – Hill. Interamericana, 1996. p. 835.
2. SNELL S., Richard. Neuroanatomía Clínica. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. Cuarta Edición, 1999. p. 22, 65.
3. HERSCH, Paul. La Concepción Clínica del Sistema Neurovegetativo. Elementos Ciencia y Cultura. [www. Elementos. Buap.mx/num. 42/htm/ 9.htm](http://www.elementos.buap.mx/num.42/htm/9.htm). Vol. 8, No 42. Junio-Agosto del 2001. p. 9.
4. GUYTON C., Op. cit., p. 837.
5. SNELL S., Op. cit., p. 102, 140.
6. GUYTON C., Op. cit., p. 227.
7. INZA, Carlos. Medicina Energética. Los tres cerebros. #. El hipotálamo y el límbico se la juegan. [www.acupuntura-organ.com.ar/cerebro 3.htm](http://www.acupuntura-organ.com.ar/cerebro3.htm). Buenos Aires – Argentina, 2000. 1807 – 114. CD 1425
8. GUYTON C., Op. cit., p. 843.
9. Tejido Conectivo. 2. [http:// tarwi. lamolina. Edu. pe/- acq/ tejido conjuntivo. htm](http://tarwi.lamolina.edu.pe/acq/tejidoconjuntivo.htm). Santiago de Chile, 2001. p. 2.
10. THOMSEN, Joachim. Focos Dentales y Campos de Interferencia. Libro "Focos Odontogénicos y Factores Irritativos". Editorial ML 1994. Tomado de Traducción de la revista del autor "Focus" No. 43 año 1990. Página web www.bio-net.de/ . p. 155.
11. DRACZYNSKI, G. Partofisiología del Efecto Focal Dentógeno. 2H. Nach Pischinger 1965. p. 150.
12. Bases Científicas de Medicina Holística. Traducción Parcial de Monografía del Dr. Fritz Kramer, Revista Focus No. 33, 1994. [www.odontologiaholistica.org.ve/bases científicas.html# galvanismobucal](http://www.odontologiaholistica.org.ve/basescientificas.html#galvanismobucal). Publicación Octubre del 2001. p. 1.
13. MEDRANO GÓMES, César. Consulta de Salud Natural - Terapia Neural. Responsable de Consulnat. www.galeon.com/consulnat/terap12.htm. Noviembre del 2001. p. 1.
14. ADLER, Ernest. Enfermedades Generales Causadas por Campos de Irritación del Sistema Neurovegetativo Producidas por Problemas Dentales y Amigdalares. Ambito del Trigémino. Diagnóstico y Terapia. Reflexología dental. Homenaje al eminente Odontólogo Dr. Ernest Adler. [www.geocities.com/dic24 eses/libro-Pdf.html](http://www.geocities.com/dic24eses/libro-Pdf.html). Traducción al castellano del libro del Dr. Ernest Adler - Estomatólogo. 3ra Edición. 1983. Publicación Noviembre del 2001. p. 1.

15. CHIMENOS, E.K. La Enfermedad Focal en OdontoEstomatología. Avances de Odontoestomatología. 1992. 8: 530 – 537.
16. THOMSEN, Op. cit., p. 156.
17. Dra. Lucía Barrera Girón. Odontóloga. Campos de Interferencia. Administrador de web Webmaster@colnodo.apc.org. 2000.
18. CABALLERO, R.; ADELER, V.; CABALLERO, MJ. y VALERÓN. Infección Focal, Afección Focal y Manifestaciones a Distancia de Focos Dentarios Infecciosos. Oper Dent. Endod 1997; (2): 14 Publ. Vol. 1, No. 2, año 1997. Barcelona – España, 1997. p. 14.
19. INZA, Carlos. Terapia Neural y Nuevos Paradigmas Científicos. www.acupuntura_/orgon/.com. Buenos Aires – Argentina, 1807 – 11 a 1425.
20. DELAIRE, J. y FARE, A. Manifestacione Reflexes et Nerveuse d'Origine Dentaire. Stomatologie. Actualización en 1980; 3: 1 - 12.
21. RAAB. H. Di Del Wurzelbehandlung Als Fokalc Belastung Des Vegetativums. Der Praktische. Arzt, Wien, XV, 167 (1961). Zur Frage Der GebiBentherdung Bel Nicht Herdbedingten – Chronischen. Evkrankungen Unter Verucksichtigung des Sugenannten "Vegetativen Quotienten". Der Praktische Artz. Wlen., XVII, 196, 615 (1963). Der Intradentale Herd. Osterr. 2. Stomat, 1964. p. 4, 61 y 141.
22. Bases Científicas de Medicina Holística, Op. cit., p. 3.
23. Relaciones Energéticas. www.odontologiaholistica.org.ve/cadenashtml. 2000. p. 20.
24. CABALLERO, Op. cit., p. 15.
25. THOMSEN, Op. cit., p. 158.
26. RODRÍGUEZ, Orlando. Pericoronaritis. Universidad Médica de la Habana. Facultad de Estomatología. Orcalzaadilla@geldentista.com. Ciudad Cubana, 2002.
27. MELCHER, AA. Y FURSETH, R. Tooth Eruption and Shedding of Primary Teeth. In Mjor IA and Fejerskov O. Human Oral Embriology and Histology. Munksgaard, Copenhagen, 1986. p. 177.
28. GRANDE, Luis y MORIYUN, José María. Clínica de los Trastornos de la Erupción de los Molares Permanentes. Trabajo Cedido por la Fundación Monti. España, 1999.
29. FAREZ N., Hahab Y EIHAM S.J., Abu Alhaija. Terceros Molares. Universidad de Jordania de Ciencia y Tecnología. Recibido para publicación: Octubre 7 de 1998; devuelto para revisión Febrero 10, 1999; aceptado para Publicación Mayo 3, 1999. Derechos Reservados 1999 por Mosby, Inc. Oral Surg Med Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. Jordania, 1999; 88: 285 – 91. Reproducido por P.L.A Export Editores con autorización de Mosby, Inc – Oral Surgery Oral Pathology. Vol. 88, No. 3, 1999. p. 285, 291.
30. ADLER, Ernest. Etiología de Campos. www.funcop.org.co/index.html. Publicación 2000. p. 1.

31. SAMSUDIN, A.R. y MASUN, D.A. Symptoms From Impacted Wisdom Teeth. Br J. Oral Maxillofac Surg. 1994; 32: 380-383.
32. ADLER, Op. cit., p. 20.
33. ACHARD, Jean Louis. Les Manifestaciones de L'infection Focale. Odonto – Stomatologie. Malone – Paris, 1998. p. 95, 99.
34. ADLER, Op. cit., p. 50
35. Ibit., p. 70.
36. MELCHER, Op. cit., p. 201.
37. ADLER, Op. cit., p. 90.
38. GIROD, S.C.; GERLACH, K.L. y KRUGER, G. Cysts Associated With Longstanding Impacted Third Molars. Int J Oral Maxillofac Surg 1993; 22:110-2.
39. Terapia Neural Según HEAD. Tomado del Libro P. Dosch, Lehrbuch der Neuraltherapie nach Huneke, Haug Verlag. www.odontología_holística.org.ve/terapia-neural.html. Abril 2001.
40. CASTELLANOS, César. Terapia Neural. Clínica Integral del Dr. Cesar Castellanos. Website clinimed. 2001.
41. SARMIENTO, Manuel. Lesiones Quísticas Asociadas a Terceros Molares Retenidos que Requirieron Hospitalización. Hospital General Provincial Docente. Bayamo, Granma. http://bvs.sld.cu/revistas/est/vol35_3_98/esto5398.pdf. Revista Cubana de Estomatología, 1998; 35 (3): 97-101. Recibido: 9 de junio de 1998. Aprobado: 8 de octubre de 1998. p. 1.
42. PAYÁN, JC. "Terapia Neural, Procaína y Sistema Nervioso Central". VI Coloquio Nacional de Medicinas y Sociedad. Popayán 1994. Primeras Jornadas de Medicinas Complementarias. Barcelona – España, diciembre de 1993.
43. SARMIENTO, Op. cit., p. 4.
44. CABALLERO, Op. cit., p. 17.
45. THOMSEN, Op. cit., p. 160.

ANEXO A

REFERENCIA BIOGRÁFICA Y TRABAJOS DEL Dr. ERNESTO ALDER

Un perfil del Dr. Ernesto Adler apareció en un artículo publicado en el Diario "LA VANGUARDIA" de Barcelona, el lunes día 13 de Enero de 1997 - Pág. 16, firmado por JACINT REVENTÓS I CONTI (Coordinador de Investigación Histórica Hospitalaria). En ocasión de su defunción ocurrida el 14 de noviembre de 1996, en Lloret de Mar (Girona - España). Titulado: "El doctor Ernesto Adler". Extractos del artículo:

"Supo reunir prestigio profesional, constante investigación clínica y gran amor por la naturaleza."

"Hace algunas semanas, un amigo el doctor Enric Carreras comunicaba la muerte de uno de sus maestros, el doctor Adler, devolviendo la memoria de un personaje fabuloso e irrepetible."

"A principios de los años treinta, aterrizaba por una Costa Brava aún virgen, en Lloret de Mar, Ernest Adler, un checo, de origen alemán..."

"Su inquietud científica iría más allá de la Odontología. Por su amistad con el médico alemán Ferdinand Huneke, entró en el mundo algo milagrero de la patología focal y terapia neural".

"Adler, además de alcanzar sólido prestigio como odontólogo , se convertiría en "especialista del foco" como decía mi padre, consiguiendo renombre internacional. Asistió a muchos congresos de la materia y se publicaron trabajos suyos en todas partes, incluida Norteamérica. Hace pocos años, ya retirado Adler, se le organizaba en Lloret un homenaje internacional de especialistas y era nombrado hijo predilecto."

RELACIÓN DE LOS TRABAJOS CIENTÍFICOS PUBLICADOS POR EL DR. E. ADLER DESDE EL AÑO 1937

"Experiencias sobre el tratamiento de la Paradontosis". Zahnärztliche Wochenschrift (Revista semanal para los Odontólogos), Berlín (Órgano de la Sociedad Alemana de Odontología). 1941.

1951 - "¿Otra vez el problema focal?"

Publicado en el Boletín Oficial del Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España, en el apartado de "Información Dental", Madrid.

1951 - "Odontología y Patología general" Publicado en "Anales Españoles de Odontología", Madrid.

1951 - "Errores de Diagnostico - Métodos Modernos de Diagnóstico". Incluido en el Libro de Actas de las Jornadas de Patología Focal Dental, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

1951 - "Test Modernos de Diagnóstico Focal en afecciones Reumáticas" Incluido en el Libro de Actas del II Congreso Europeo de Reumatología, celebrado en Barcelona.

1952 - "El Test neural de Huneke en Relación con los Tests biológicos" Publicado en la revista "Información Médico Terapéutica", Barcelona.

1953 - "La terapéutica de Enfermedades Focales, empleando el Suero de Bogomeletz" Publicado en la "Revista Española de Estomatología" Dirigida por el Dr. Nadal, Barcelona.

1953 - "Los test Combinados - Provocación-Anulación" Incluido en el "Libro de Actas de la Sociedad Alemana de Investigación Focal" - Editorial Carl Hanser, München. Este test, aplicado en aproximadamente 10.000 pacientes por el Prof. Dr. Y. Nosaka en la Universidad de Kumamoto (Japón), ofrecía el mayor número de resultados en comparación con los demás existentes. Estos datos fueron publicados por el mismo Dr. Kumamoto en 1963.

1958 - "¿Por qué tantos fracasos en los tratamientos de enfermedades focales?" Publicado en el Libro de Actas de la Sociedad Alemana de Investigación Focal.

1968 - "Patología Focal-Neural - Columna vertebral - Patología del Organo" Estudio sobre las relaciones causa-efecto. Publicado en la Revista de Medicina General "Physikalische Medizin und Rehabilitation" (Medicina Física y Rehabilitación), Alemania.

1968 - "Hechos Neurales en Estomatología para la Medicina General". Publicado en la Revista de Medicina General "Physikalische Medizin und Rehabilitation" (Medicina Física y Rehabilitación), Alemania.

1968 - "Manifestaciones neurológicas en la Región Cervico-vertebral". Publicado en la revista "Clínica Rural", España.

1969 - "El hombre no se muere, ¡se autoelimina!". Aparecido en la Revista local "Vila de Blanes", Catalunya - España.

1970 - En la Revista "Glosa Científica", dedicada a la práctica rural, el Dr. J. M. Febrer de la Clínica Rural de Benicarló, hace una referencia sobre la exposición de una gran casuística gráfica presentada en esta Clínica bajo el título de: "Experiencias sobre la Patología Foco-Neural".

1970 - "Sinopsis de Patología Foco-Neural". Se refiere al III Curso de Medicina Rural pronunciado sobre este tema. Aparecido en la Revista "Clínica Rural", España.

1970 - "Patología y Terapias de Enfermedades producidas por Espinas Irritativas Bucal-faríngeas". Bajo este título, El Dr. Adler pronunció, consecutivamente, dos conferencias con proyecciones, en el Aula Florestán Aguilar, en la Ciudad Universitaria de Madrid.

1972 - "Espinas Irritativas en la Región del Trigémino" (Diagnóstico y Terapéutica). Conferencia pronunciada en el mes de mayo, en la 2ª Reunión Anual del Col·legi Oficial de Odontòlegs i Estomatòlegs de Catalunya, que se celebraba conjuntamente con la Organización de Odontólogos Catalano-Baleares, en Girona. Por el interés despertado en este ámbito profesional, en el mes de Septiembre de este mismo año, el texto de la conferencia fue publicado en el Boletín de Información nº 134 del Col·legi Oficial de Odontòlegs i Estomatòlegs de Barcelona.

1973 - "Compendio sobre Relaciones entre Patología Focal-Neural en Columna Vertebral y su Influencia en la Patología del Órgano". Conferencia pronunciada en la Reunión Anual de la Asociación Médico-Biológica de Trabajo y Formación de Odonto-Estomatólogos Alemanes, en Mutters (Austria).

1973 - Publica el libro: "Allgemein-Erkrankungen durch Störfelder im Trigeminusbereich" ("Enfermedades por Interferencias en la Región del Trigémino"). El libro fue publicado por la Editorial Verlag Für Medizin Dr. Ewald Fischer GmbH, Heidelbe, en cuya tercera edición se ha basado esta traducción al idioma Castellano.

1976 - "Der Zahn als Störfeld der Gesundheit" ("El Diente como Interferencia en la Salud"). Conferencia audiovisual pronunciada en el Congreso de Médicos Naturistas en München (Munich,

Alemania).

1976 - "Eine wichtige Hinweise, auch für abdominelle Erkrankungen, auf das Störfeld im Zhan-Kiefer-Bereich" ("Algunas indicaciones importantes sobre interferencias en estomatología, también para enfermedades abdominales"). Conferencia audiovisual pronunciada en el Internationale Medizinische Gesellschaft für Neural-Therapie nach Huneke e.V. (Congreso de la Sociedad Internacional de Terapia Neural según Huneke), en Freudenstadt/Selva negra (Alemania).

1977 - "Querschnitt durch das Odontogene Herdgeschehen" ("Resumen de la patología Neuro-Focal Dental"). Conferencia pronunciada en el Congreso de Perfeccionamiento Profesional de Odontólogos Alemanes en la isla de Norderney en el Mar del Norte (Alemania).

1977 - "Allgemeinerkrankungen durch Störfelder" ("Enfermedades Generales por Interferencias"). Se trata de la segunda edición ampliada, de su libro publicado en 1973.

1977 - "Herdgeschehen: Wurzel allen Übels?" (¿Es la patología focal la causa de todos los males?). Artículo publicado en la revista "Arztliche Praxis" (Praxis Médica), nº 101 (págs. 4126-4130) de fecha 17.12.77.

1978 - "Un mono aprende a vivir; un mono nos enseña a vivir". Publicación local sobre alimentación "La Gazeta de Lloret de Mar" nº 124 de fecha 16.02.78.

1979 - "La Etiología de las Interferencias"; "La Patología Neurofocal"; "Diagnostico y Terapia neurofocales". Se trata de los tres títulos de las respectivas conferencias pronunciadas en el "Congreso de Médicos de Medicina Biológica", en Colombia.

1983 - Es nombrado "Miembro Honorífico" del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Catalunya. Escribe la tercera edición del libro "Enfermedades generales causadas por campos de irritación del sistema neuro-vegetativo producidas por problemas dentales y amigdalares. (Ambito del trigémino) Diagnóstico y terapia. Reflexología dental. Con 150 casos clínicos ampliamente descritos.