

# INTRODUCCIÓN A LA ODONTOLOGÍA NEUROFOCAL

**Dr. Mariano José Bueno Cortés.**

**BIOSALUD- INSTITUTO DE MEDICINA BIOLÓGICA Y ANTIENVEJECIMIENTO**

## EL TERRENO MAXILOMANDIBULAR COMO CAMPO DE INTERFERENCIA

Cuando se oye que los dientes junto con las amígdalas son los culpables de la mayoría de los campos de interferencia, nace el propósito de ponerle en el futuro más atención a este terreno.

El campo de interferencia es una fuente permanente de estímulos de bajo umbral que pone en estado de irritación el complejo de reflejos segmentarios, esta irritación no basta para descargarse en los ganglios de su jurisdicción pero si les reduce el umbral de acuerdo a un principio de divergencia de las interconexiones neurales puede elegir este estado de irritación o involucrar áreas distintas y si estas áreas tienen enlaces y estímulos adicionales puede surgir un cuadro de valoración patógeno por la reducción del umbral y producir síntomas a distancia. LA PATOGENESIS DADA DEL FOCO DEL CAMPO DE INTERFERENCIA ACTUA COMO CONDICIONANTE Y ANTE LA PRESENCIA DE SOBRECARGAS ADICIONALES COMO MANIFESTANTE.

La dificultad para analizar la situación bucal dentaria comienza para el neuralterapeuta, en la dependencia que tiene de veredictos odontológicos.

Por ello se necesita un status radiológico completo del terreno maxilomandibular dentado y también del desdentado. Esto nos puede aclarar ampliamente la situación de los dientes sin nervio o aquellos puntos sospechosos aún en la parte desdentada en que la mayoría de las veces son osteítis residuales producidas por extracciones traumáticas o dejadas por los dientes que antes ocupaban esa zona y que tuvieron por mucho tiempo procesos patológicos como granulomas, quistes, sobreobturaciones, etc.

## CAMPOS DE INTERFERENCIA EN ODONTOLOGÍA NEUROFOCAL

Cambios inflamatorios, radiográficamente apenas visibles en la región que circunda los ápices radiculares, focos osteomielíticos, todos los dientes en mal posición o aquellos que en su calidad de pilares de puentes están sobrecargados, quistes radiculares periodontales, foliculares o cualquier otra clase de quiste que se presente en la región maxilomandibular son frecuentemente puntos de partida de interferencias nervales lejanas.

Tenemos además la gingivitis, estomatitis, periodontitis y periodontosis. Las hendiduras patológicas en las encías por profundas bolsas sobre todo aquellas con secreción, merecen como fuente de un estado irritativo crónico nuestra atención. Así como inflamaciones al borde de coronas o excesos de obturaciones, también los tatuajes por amalgama. Incluso una estomatitis curada tiempo atrás que no dejó cambios reconocibles puede albergar un campo interferente latente de esos que más tarde se reactivan por un segundo golpe.

De importancia es también la osteítis residual, un cambio inflamatorio en terreno óseo maxilomandibular que se puede formar después de extracciones o alrededor de estos radiculares abandonados o de cuerpos extraños. Referente a nuevos estudios hay que destacar la osteólisis en la región de las tuberosidades. La esponjosa ya anatómicamente blanda se transforma, no es osteítis (posiblemente en un principio pudo ser osteítis) sino en una total osteólisis. El tejido se compone de restos de tejido y sobre todo de sangre, pero no contiene gérmenes.

En cuanto a cambios óseos ya visibles en la radiografía podemos asegurar que zonas radiolúcidas en la estructura ósea en terrenos maxilomandibulares desdentados denuncian a menudo osteítis residual.

Además las osteítis residuales no solo se presentan en las radiografías como “unos claros difusos” sino que toman la forma de alvéolos, de aquel entonces siendo visibles paredes alveolares, y tanto el lumen del alvéolo como el hueso mandibular vecino están rellenos con sustancia ósea reblandecida. Para diferenciar radiográficamente entre estos alvéolos de osteítis residuales y cisuras de extracciones hechas más recientemente hay que tener en cuenta primero la historia clínica o sea lo que nos comunica el paciente acerca de si hubo o no, extracción reciente, y en la radiografía sobre el alvéolo viejo se ha formado una cubierta ósea más o menos densa.

Las osteítis residuales en terrenos mandibulares desdentados no tienen menor importancia que las osteítis apicales, ambos pueden ser también focos, espinas irritativas o espinas bioenergéticas a la HUNEKE. Por desgracia buscan los radiólogos, los internistas y los odontólogos solamente los granulomas en las raíces de los dientes persistentes. Como las osteítis residuales permanecen sin ser descubiertas, tampoco son tratadas.

Este abandono de la osteítis residual (corroborado en centenares de casos sometidos a test de electroacupuntura según la metodología y mediciones de VOLL), es una de las causas principales por las que fracasa un saneamiento focal odontológico.

## **MERIDIANOS BIOENERGETICOS EN ODONTOLOGÍA**

El meridiano del riñón lanza una rama que llega alrededor de los labios y alimenta la zona anterior de la boca, tiene relación con los odontones anteriores, como riñón y vejiga son la culpa del elemento agua, los dientes anteriores corresponden a este elemento (riñón y vejiga). Odontones 11, 12, 21, 22 31, 32, 41, 42.

El hígado lanza un ramal profundo que cruza la cara de abajo hacia arriba y se une al ángulo externo del ojo con el meridiano de vesícula biliar, ese ramal pasa por los odontones de los colmillos, así que ellos corresponden al elemento madera (hígado y vesícula biliar). Odontones 13, 23, 33, 43.

El meridiano del intestino grueso atraviesa la cara y antes de terminar en el ala de la nariz atraviesa la boca en forma diagonal de abajo hacia arriba y de afuera hacia adentro.

Corresponden a él los odontones superiores 14 y 15, 24 y 25; y los inferiores 36 y 37, 46 y 47 el pulmón hace parte de ellos como el elemento metal.

El meridiano de estómago cruza la boca formando una X con el del intestino grueso, o sea que atraviesa de afuera hacia dentro y de arriba hacia abajo. Corresponden a él los odontones 16 y 17, 26 y 27 superior, y, 34 y 35; 44 y 45 inferior. Al bazo páncreas como órgano tierra corresponden también estos odontones.

Finalmente la cordal o muela del juicio es atravesada por el meridiano del intestino delgado que por correspondencia con el elemento fuego se complementa con el corazón.

Por ejemplo el meridiano del intestino grueso a lo largo del cuerpo y en la cabeza pasando a través de los odontones 14 y 15, 24 y 25 superiores, y, 36 y 37, 46 y 47 inferiores, no sólo alimenta esos odontones sino que también recibe energía.

Los odontones a este nivel son como fusibles energéticos; hay una acción de doble vía.

Me explico: supongamos que el circuito pulmón intestino grueso (metal) está sobrecargado por toxinas por mala alimentación con alteración de la flora intestinal o por gripa tratada con medidas no biológicas de retoxificación.

El organismo como ente energético inteligente, trata de expulsar las toxinas por puntos débiles y entonces se puede formar un absceso en el dedo índice o pulgar (meridiano de intestino grueso y meridiano de pulmón) o puede comenzar a excretar las toxinas por los odontones de ese circuito, se pueden formar pequeños forúnculos a nivel de esos odontones que son como volcanes por donde explota o respira el circuito, que una y otra vez tapan y una y otra vez causan problemas.

## **TABLAS DE CAMPOS INTERFERENTES EN LA BOCA O POSIBILIDADES ODONTOLÓGICAS DE FOCO:**

1. Canal apical deficientemente rellenado.
2. Canal apical deficientemente aislado.
3. Ambas circunstancias (1 y 2).
4. Relleno apical completo y perfectamente aislado.
5. Periodontitis crónica plástica.
6. Foco periapical difuso.
7. Foco periapical delimitable:
  - a) En forma de hoz.
  - b) En forma de capucha.
  - c) En forma de lenteja.
8. Quistes.
9. Distrofia septal sin causa reconocible (eventualmente una gingivitis).
10. Cambio del septum en sentido de una paradentosis:
  - a) Atrofia horizontal.
  - b) Atrofia vertical.
11. Residuos de raíces.
12. Fragmentos extraños submucosos o en la zona esponjosa:
  - a) Metálicos, ejemplo amalgama.
  - b) Gutapercha.
  - c) Probablemente cemento.
13. Restos radiculares en las correderas mandibulares desdentadas.
14. Osteítis residual.
15. Osteítis alrededor de un diente temporal en su parte radicular.
16. Restos de raíz en un diente temporal.
17. Diente incluido o semi incluido (retenido o semirretenido).
18. Diente en mal posición, diente luxado.
19. Fractura dental.
20. Dentición difícil.
21. Reacción apical.
22. Recidiva pos resección.
23. Foco poriapical.
24. Reabsorción de la raíz en diente vital.
25. Diversidad de metales en la boca.
26. Paradontopatías.
27. Cicatrices de radicectomías. Cadwel luc, alveolotomías, accidentes etc.
28. Sobrecarga traumáticas por diversas causas en tejidos blandos y óseos etc.

## **CICATRICES COMO CAMPO DE INTERFERENCIA EN ODONTOLOGÍA NEUROFOCAL:**

Después de amígdalas y dientes las cicatrices ocupan el puesto de mas rango en la lista de campos de interferencia. Toda cicatriz en la boca o en su inmediata vecindad tiene vital importancia así sea de lo más insignificante y sea cual sea su origen: exodoncia, accidentes, cirugías de toda clase, etc. No interesa tampoco si se curó por primera vez o segunda intención, o si se comprometió la piel, mucosa, gingiva, hueso, periostio, etc. Ellas pueden ocasionar situaciones de las más diversas pese a su apariencia inofensiva, porque pueden ser transmisoras de estímulos irritativos.

El Dr. Stucher y el Dr. Voll en sus mediciones eléctricas llevadas a cabo en cicatrices, encontraron una alta resistencia frente a la piel normal, esta resistencia estaba elevada en ciertos sitios hasta 10 veces su valor normal.

Según el Dr. Schooler, cada cicatriz tiene una resistencia mucho más alta que la piel sana que la rodea, lo cual la convierte en sospechosa de focos. De una cicatriz que olvidemos inyectar puede depender el problema del paciente.

Verdaderas curaciones por fenómeno Huneke al segundo, de enfermedades que no cedían con ninguna medicación, han comprobado que es indispensable llevar la aguja con el líquido neuralterapéutico a todas las cicatrices y también a la parte del callo óseo en caso de fracturas. Las cicatrices son tan importantes como los infiltrados, de esos que suelen quedarse en el glúteo después de una inyección intramuscular, así como los estados residuales de tromboflebitis, las pigmentaciones de largas supuraciones, etc, que tienen que ser consideradas también como cicatrices.

La desconexión de esos campos interferentes se ha aplicado la Procaína al 1% en forma subdérmica o submucosamente, llegando hasta el periostio en casos necesarios y aún atravesando la cortical hasta llegar al hueso esponjoso como en el caso de osteítis en los maxilares.

Puesto que según parece, varias o todas las cicatrices juntas forman un campo interferente, hay que inyectar todas en una sola sesión.

La repolarización de la cicatriz debe ser completa, es decir en todo su trayecto dándole mayor importancia a sus extremos, el comienzo y el final, con mayor razón si no se siente el dermatón, para determinar con exactitud que porción de la cicatriz se comporta como interferente.

## **ZONAS DESDENTADAS COMO INTERFERENCIA DE CAMPOS:**

La zona parcial o totalmente desdentada, no es una garantía de ausencia de interferencias. Por el contrario, con frecuencia en ellas se esconden osteítis residuales, restos radiculares, cuerpos extraños, etc, que al impedir la correcta cicatrización de las heridas que dejaron las extracciones, interfieren las vías de conducción bioenergéticas.

Las zonas edéntulas que reciben prótesis defectuosas, presentan irritaciones, y aún verdaderas heridas que pueden determinar si ya estas se comportan como campos interferentes, igualmente aquellas con bordes cicatrizales irregulares, las que sufrieron un pos operatorio difícil ya sea por alveolitis u otras intervenciones quirúrgicas y han dejado cicatrices perceptibles o no, ejemplo: radicectomías, alveolotomías correctoras diversas, etc, requieren un examen clínico no solamente ortodoxo, o como el que aconseja la terapia neural, que consiste en la presión con el pulpejo del dedo en todas las zonas edéntulas, buscando una relación dolorosa que nos haga sospechar de la existencia de alguna interferencia, no que es necesario, es indispensable radiografiar esas zonas y mejor aún con diferentes angulaciones que permitan una correcta evaluación.

## MUELAS CORDALES COMO CAMPO DE INTERFERENCIA:

Este es uno de los aspectos más importantes que tenemos que considerar, pues como dice el Dr. ADLER, las muelas cordales juegan un "tenebroso papel" como campos de interferencia, y no solamente aquellas que se encuentran en mal posición sino todas aquellas "sanas" que no han sido tratadas, que sirven de pilar para sostener prótesis fijas o removibles o que sean portadoras de cualquier tipo de obturaciones metálicas.

No existe edad para que por culpa de ellas se presente una enfermedad, muchas veces de lo más increíble. En las personas jóvenes por ejemplo, de los 15 a los 25 años, los cuadros más frecuentes son: sudoración exagerada, timidez en la comunicación, tics, nervios, cefaleas, palpitaciones, zumbidos o ruidos en los oídos, dismenorreas, insomnio, estreñimiento, rinitis alérgica, cansancio, amigdalitis, etc.

Estos cuadros también se presentan en la edad adulta, pero a ellos se deben sumar otros como: laberintitis, dolores artríticos en hombros, muñecas, talones, mareos, etc.

Con frecuencia algunos de estos cuadros se empiezan a manifestar en la época que deben erupcionar estas piezas, pero, esto dicho solamente como una referencia en problemas especialmente en jóvenes, pero repito, no hay edad específica para que por culpa de ellas se presenten cuadros patológicos.

Las manifestaciones clínicas varían en intensidad y en tiempo, sin embargo cuando se consigue controlar la sintomatología de los cuadros que originan, digamos con algún tratamiento alopático pero sin el respectivo saneamiento odontológico neurofocal, estos quedan tan solo enmascarados y listos a recidivar al menor estímulo, lo cual explicaría él por qué ciertas enfermedades no ceden a determinado tratamiento que en otros casos si resulta satisfactorio, como sucede en pacientes que ya no tienen estas piezas.

En edad avanzada como se sabe, se produce una atrofia fisiológica de mandíbula, es decir una reducción anteroposterior, pero como el tamaño y las dimensiones de la muela no se reducen y como quiera que su crecimiento sea de la corona a la raíz, se produce una presión neural por irritación del canal mandibular o del seno maxilar.

Esto es más patogénico si es mayor el tamaño del seno maxilar, si hay defectos de masticación unilateral, si hay ausencia de alguna de las cordales, si hay ausencia de piezas vecinas y se forman bolsas marginales de las cuales parten estímulos bacterianos o inflamatorios crónico hacia las amígdalas y ganglios linfáticos cervicales, si hay bruxismo, si hay una pieza con nervio muerto (con o sin endodoncia) si hay bimetales, etc.

En suma ambas mandíbulas han ido sufriendo en el transcurso de los cientos y seguramente miles de años, una atrofia que ha determinado que el espacio de un centímetro considerado más o menos normal entre molar del juicio y rama ascendente, haya quedado muy reducido, igualmente sucede en el maxilar superior.

La presión neural que produce este hecho desencadena cuadros patológicos diversos a distancia, como vemos en el cuadro de relaciones de VOLL.

Como espinas irritativas o focos, tienen importancia no solamente las cordales incluidas o semi incluidas, sino también todas aquellas que se encuentren en posición normal pero faltas de espacio, por absurdo que parezca.

## LAS OSTEÍTIS COMO CAMPOS DE INTERFERENCIA:

Esto no fue conocido hasta hoy, y, PLENK y RAAB, lo explican diciendo que toda la estructura de sostenimiento y soporte del diente junto a su tejido conectivo que le garantiza su función orgánica de cohesión y fortaleza, se somete a las regulaciones vegetativas de todo el organismo a través de la interconexión que les facilita el tejido conectivo blando. Este hecho le da a la gingiva capacidad para reaccionar y regular vegetativamente en forma independiente.

Mencionaremos finalmente a otras fuentes de estados irritativos crónicos que merecen nuestra atención porque ellos pueden ser también frecuentes puntos de partida de interferencias neurales lejanas: Tenemos la gingivitis, periodontitis, bolsas profundas con secreción inflamación en el borde de las coronas, exceso de obturaciones, etc.

Todos deben ser mirados con ojos neuralterapéuticos o sea no solamente como patología localizada sino en su potencial, en su probable correlación patológica con órganos y sistemas, los test deben hacerse en todas estas piezas en una sola sesión y en el caso de la osteítis residuales como ya se dijo, llevar nuestra aguja neuralterapéutico hasta el mismo hueso esponjoso con la seguridad de que allí se pueda obtener una respuesta inmediata vía fenómeno en segundos.

La causa principal de una inflamación aguda y a veces crónica de la encía depende de causas locales como el cuidado insuficiente, sarro dental, bordes de coronas, obturaciones, dientes cariados, restos de raíces, prótesis de asiento insuficiente; causas exógenas abuso de alcohol nicotina, intoxicación por metales pesados como plomo, mercurio cáustico y quemaduras.

Causas endógenas: enfermedades gastrointestinales, enfermedades metabólicas, diabetes mellitus, nefritis, enfermedades de la sangre, leucemia mieloide, anemia peniciosa, agranulocitosis, diátesis hemorrágica, trastornos endocrinos, principalmente durante la pubertad, el embarazo y el climaterio.

TODA LA TERAPIA EXITOSA REQUIERE ELIMINACIÓN DE LAS CAUSAS EXTERNAS MEDIANTE LA TERAPIA ODONTOLÓGICA.

Terapia bucal, limpieza, buena evacuación intestinal, gran cantidad de legumbres, comida rica en vitaminas, altas dosis de vitamina C, aplicación local y lavados con arcilla medicinal tierra carbón.