

TERAPIA NEUROFOCAL DENTAL

.....

ENFERMEDADES GENERALES
CAUSADAS POR CAMPOS DE
IRRITACIÓN DEL SISTEMA
NEURO-VEGETATIVO
PRODUCIDAS POR PROBLEMAS
DENTALES Y AMIGDALARES.
(ÁMBITO DEL TRIGÉMINO)
DIAGNÓSTICO Y TERAPIA

ERNEST ADLER

NOTA: Como esta información puede interesar también a personas legas en la terminología médica, en el texto se han añadido datos aclaratorios a términos técnicos y académicos. Se han escrito entre paréntesis, y para diferenciarlos del texto original se les ha añadido un asterisco y utilizado un tipo de letra más pequeño. Ej.: (*... y a continuación se añade la aclaración). También se ha añadido un asterisco a determinados conceptos que el autor da por hecho que el lector conoce por sus publicaciones anteriores, las cuales pueden no ser asequibles actualmente. En estos casos, existe un paréntesis al final del párrafo en el que se describe su significado, además de otras aclaraciones que puedan resultar necesarias.

PRÓLOGO DEL AUTOR A LA SEGUNDA EDICIÓN

La cantidad de charlas, comunicaciones, cartas, etc., sobre la primera edición me producen la necesidad de decir algunas palabras al respecto. Primero, quiero dar las gracias a todos aquellos que se han tomado la molestia de comentar mi publicación. Solamente un diálogo constructivo puede acercarnos a la meta de la perfección.

Principalmente me satisfacen las muchas comunicaciones provenientes de círculos médicos que expresan que de mi libro han extraído iniciativas mediante las cuales pudieron ayudar a muchos enfermos. Por otra parte, la gran cantidad de escritos recibidos de pacientes, me permitieron percatarme de lo mal que todavía están las cosas en cuanto a la aplicación de esta imprescindible modalidad terapéutica, por su abandono en la práctica médica.

Los motivos son diversos. Empieza con el miedo de muchos pacientes, que les impide llegar a tiempo al tratamiento. O posponen, por falta de tiempo, una y otra vez, su visita al estomatólogo.

Falta de tiempo. Este logro de nuestra era técnica es también lo que sólo permite a los sufridos médicos poder aplicar, en muchas ocasiones, un tratamiento sintomático.

Pero uno de los motivos más importantes para este estado de cosas, tan poco satisfactorio,

es la postura negativa de algunos científicos que niegan, y negarán, que, dientes en un estado anómalo puedan producir patologías a distancia, no estimando el hecho de que puede tratarse de un foco interferente en el Sistema Neuro-Vegetativo (SNV), y que en realidad sí están produciendo y manteniendo verdaderas distorsiones funcionales en el organismo, convirtiendo a personas sanas en enfermos.

Paralelamente, estos científicos y profesionales de la medicina, añaden que las curaciones logradas mediante el saneamiento del foco son consecuencia únicamente de procesos puramente psicógenos, que responden a la autosugestión del paciente.

Tales manifestaciones, según mi opinión y mi experiencia, son científicamente insostenibles, dado que, si bien estas relaciones causa-efecto han sido en un principio empíricamente comprobadas ya con anterioridad mediante la observación de miles y miles de casos, hoy se ha añadido un estudio estrictamente científico con bases convincentes. No se puede esperar, sin embargo, que los resultados sean aceptados de inmediato por los críticos.

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 desmenuzado en muchas piezas, no debe perderse la visión sobre su unidad y su constitución como un entero.

Aunque en el diagnóstico patológico de un estado final no existan dudas, el mecanismo de su aparición o generación debe ir precedida de una alteración del equilibrio fisiológico por otras causas, que han allanado el camino hacia la aparición de las sintomopatologías y su estado final visible.

Esta parte no contemplada de la patogénesis, de la que predominantemente trata este libro, se ha convertido en una "crux medicorum" a causa de la poca consideración prestada. Por este motivo va dirigido, además de a estomatólogos y dentistas, deferentemente también al médico de medicina general, y se aparta un poco de la "formalidad" encorsetada del estilo clásico.

Un reproche con el que quizá se me acuse es la afirmación de que yo sea monómano y que lo vea todo a través del suceso neuro-focal dental y amigdalár. A todo aquél que tenga ese temor, puedo tranquilizarlo fácilmente; soy muy consciente de los sucesos pluricausales en las enfermedades crónicas, resultado de mis estudios sobre alimentación, que aquí solamente se mencionan brevemente.

Pero un error aún mayor que la sobrevaloración de los factores foco-distorsionadores del SNV, es su completa ignorancia. Lamentablemente, esta postura está aún a la orden del día.

(* El libro fue escrito a primeros de los años ochenta -1983-. Antes había publicado otros. Ni la comunidad médico-académica ni la científica, todavía hoy le han hecho caso, en grave detrimento de la sociedad enferma. La sociedad misma también 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 de las tradicionales oficializadas).

El "hallazgo" del, o de los campos de distorsión y de sus relaciones bioenergéticas es, sin embargo, frecuentemente muy difícil. Recuerdo, por ejemplo, aquel diente desvitalizado* sin diagnóstico negativo mediante radiografía; o un diente vitalizado con oclusión situada más abajo en la pulpa; o las muchas radiografías en las que, en sus imágenes, se pueden encontrar campos de distorsión del SNV que son frecuentemente invisibles. Pero, en ocasiones, debido al mal estado de la pieza o de la misma estructura dental, podemos aconsejar o llevar a cabo su saneamiento sin tener la seguridad de que, efectivamente, de ahí parte un suceso patológico, que luego puede confirmarse que sí lo era. También, diagnósticos del campo HNO, tal como en una ocasión los recibimos de un gran centro clínico de diagnósticos alemán, y que indicaban "amígdalas insensibles", o "cavidad maxilar sin importancia relevante", no eran diagnósticos que correspondieran a la realidad, ya que una exploración e intervención posterior demostraron lo contrario.

(* "Desvitalizado": que se trata de un diente muerto, que no tiene vida, y también puede referirse al diente, o muela, al/a la que se le ha efectuado la clásica operación de "matar el nervio", técnicamente denominada "endodoncia".)

Precisamente, estos dos campos que sugieren posibles alteraciones a distancia del SNV, requieren ciertas mediciones para poder establecer una patogeneidad. Ya hay a la venta aparatos útiles, pero algunos son complicados en su manejo y otros inexactos en según qué circunstancias. Además, tienen el inconveniente que no anotan los diagnósticos automáticamente, para que, al ser reproducibles, puedan ser examinados por cualquier médico, como en el caso de los aparatos denominados con las siglas ECG o EEG.

Un valioso método, al que me refiero repetidamente en este libro, es el Test Neural de Huneke. Con él, en muchos casos, podemos reconocer la relación entre causa y efecto. Este tipo de test permite, aunque desgraciadamente no en todos los casos, la comprobación de la causa aun antes de la intervención. Muy a menudo, este es el método empleado en condiciones de dolor, del cual incluyo una serie de ejemplos en el libro.

De todos modos, por parte de una mayoría de profesionales dentro de la salud, se está evitando tomar posición sobre las muchas teorías que se generan dentro de este contexto, hecho que ocurre ya con demasiada frecuencia. Por todo ello, creo que es importante el presentar un pequeño extracto de una gran casuística. Pero ello debe contemplarse críticamente e incluirse en la patología y terapia general.

Hay profesionales que pueden reprocharme que fomento en mis pacientes un "miedo al foco". Quien piense así debería preocuparse primero de que la opinión pública, por ejemplo, fuese ampliamente informada sobre los síntomas de la enfermedad del cáncer, ya que así el miedo al cáncer, ya existente en general, se vería aumentado, y muchos podrían detectar su problema con una mayor antelación. En lo que aún existe la diferencia es en el hecho de que cuando se halla un malignoma mediante el diagnóstico tradicional, las perspectivas de curación son en promedio de un 50%, mientras que un diagnóstico focal positivo dentro del mismo problema, puede llevar al enfermo a un resultado de solución completa o más satisfactorio que de la otra forma.

Es muy extenso el número de pacientes en los que no se produjo un miedo al foco, sino, al contrario, se les redujo su miedo vital.

La ciencia de la odonto-estomatología tiene que salir definitivamente del callejón sin salida o del ostracismo en el que se encuentra, que le ha conducido a una sobrevaloración unilateral del acontecer bacteriológico en los problemas focales y que no definen o solucionan la situación global del enfermo. Deben prestar más atención al sistema básico neuro-vegetativo, ya que éste se encuentra en primera línea, antes que al mencionado bacteriológico, y es el único que permite llegar a discernir la génesis de las síntomo-patologías en los pacientes. Los múltiples casos citados en este libro, sobre todo con relación a la región de la espina dorsal, apoyan esta constatación. Ya en la primera edición se publicaron estas observaciones al respecto de la frecuencia de todo ello.

Terminando esta introducción, sólo me resta el deseo de que críticas bien intencionadas no me dejen la fama de predicador solitario en el desierto. A este fin deberían contribuir todos y cada uno de mis lectores.

PREÁMBULO A LA 3ª EDICION

Un gran maestro español en el arte de sanar, el Profesor P.F.V. de la Clínica de la Facultad de Medicina de Barcelona, me dijo en una ocasión: "Cuando hayas escrito un trabajo sobre tema médico, deposítalo en un cajón durante algunos meses o años, reléelo y tacharás mucho, quizás hasta la mitad".

Precisamente no puedo decir lo mismo, y desde la aparición de la primera edición de mi libro han transcurrido años. ¿Por qué? Bueno, lo que yo no intento es curar una enfermedad, sino buscar y tratar su etiología, eliminando del sistema dental y amigdalario ya sean focos neurales, "espinas irritativas" o interferencias y campos de distorsión e irritación del SNV que se encuentren en esta zona en conexión con el trigémino; en otras palabras, los factores patológicos, más los posibles co-factores, que son otros campos de distorsión de menor entidad que acompañan al foco principal; y observar durante muchos años los resultados.

De todos modos, lo que se debería llevar a cabo en el transcurso del tiempo son nuevas observaciones, experiencias y resultados, y esto es lo que quiero hacer aquí.

Visto desde una perspectiva general, la exploración de bases ha aclarado muchas cosas en los últimos años, pero, lamentablemente, los resultados son escasamente conocidos en las diferentes especialidades profesionales, o simplemente se las minimiza; causa y efecto son poco contemplados, especialmente al comienzo de una síntoma-patología.

De esta forma, los diferentes tests y mediciones precisamente en el ámbito de la dentadura,

han contribuido a reconocer muchas causas patogénicas, aun cuando éstas todavía no son visibles o manifiestas en el organismo. De otra parte, la radiografía panorámica* nos transmite una rápida visión general de la situación global, lo que sobre todo es importante para la situación de los dientes con relación al seno, canal mandibular, espacio retromolar, a las osteítis y a los restos de raíces.

(* "Radiografía Panorámica", denominada "Ortopantomografía": radiografía que permite ver toda la estructura máxilo-mandibular entera).

Sólo tenemos que separarnos un poco del antiguo concepto del foco, ya que no todo está en conexión con bacterias y toxinas, sino que precisamente el camino neural* juega un papel definitivamente importante.

(* "Camino neural": se trata del sistema nervioso, que es a modo de una red de cables eléctricos que une, relacionándolos, la multiplicidad de elementos que componen el organismo. Un ejemplo de ello son los órganos y su funcionamiento).

Debo hacer hincapié aquí en que en los campos de distorsión o interferencia odontógenos, existe una muy estrecha relación —aparte de otras, por supuesto— con la neurología.

¿Cómo puede comprenderse, por ejemplo, que tras la eliminación de campos de distorsión en la dentadura se curaran en un día algunas formas concretas de epilepsia incurables por los métodos clásicos? De esto hablaré más adelante en el libro.

Lo que, sin embargo, es casi insoluble es la situación del ser humano como paciente. Sea la civilización, la ignorancia o el ajetreo de la vida actual. El ser humano salió de su vía normal como ser de la naturaleza para entrar en un círculo vicioso.

Para poseer una información guía entre las ciencias de la materia muerta y las de la vida, existe una extraña polarización. La astronomía, la mecánica y la física, se basan en conceptos que pueden ser expresados con precisión y matemática elegante. Estas ciencias han permitido que se crease un universo tan armónico como los templos de la Grecia clásica. Alrededor han tejido una preciosa tela de cálculos y de hipótesis. Persiguen la realidad mucho más allá del ámbito del pensamiento general, hasta abstracciones no perceptibles que sólo constan de reglas y de símbolos. En las ciencias biológicas no es este el caso.

Aquellos que estudian los fenómenos de la vida, se encuentran perdidos como en una maleza infranqueable, como en un bosque mágico, cuyos árboles mudan incansablemente de forma y de lugar. Se sienten aplastados por una cantidad de hechos que, si bien pueden describir, son incapaces de definir con reglas algebraicas. De las cosas encontradas en el mundo material -sean átomos o estrellas, rocas o nubes, acero o agua- se dedujeron ciertas particularidades como peso o dimensión del espacio y su estructura molecular.

Estas abstracciones, y no los hechos concretos, son la materia de las definiciones científicas. 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. La física y la química son abstractas y cuantitativas, por esto tuvieron un éxito tan grande y tan rápido. Aunque no persigan el descubrimiento de la naturaleza esencial de las cosas, nos permiten predecir acontecimientos futuros y frecuentemente inducir su suceso. Haciéndonos con el secreto de la constitución y características de la materia, nos hemos erigido en los amos de casi todo lo que existe en este mundo, menos de nosotros mismos.

La ciencia sobre las criaturas vivientes en general, y sobre todo el individuo humano en particular, no ha logrado tan grandes progresos. Todavía se encuentra en el estado descriptivo. El ser humano es un todo indivisible de muy elevada complejidad. No se puede dar de él una descripción sencilla. No hay ningún método capaz para comprenderlo simultáneamente en su unidad,

sus componentes y sus relaciones con el mundo exterior. Para analizarnos nos vemos obligados a ayudarnos con diversas técnicas y consecuentemente a servirnos de diferentes ciencias.

Estas palabras, extraídas de "L'homme inconnu", del Premio Nobel Alexis Carrell, un gran hombre en la historia de la medicina, las cito porque en ellas se recoge toda la problemática de la medicina como una ciencia.

A pesar de todos los progresos de la medicina en cuanto a aparatos, todavía no se detectan las causas de las enfermedades. Cuán frecuentemente sucede que únicamente se ha programado mal su búsqueda. Todavía no se tiene en cuenta lo mucho que nuestros impulsos mentales pueden desbaratar la armónica conjunción fisiológica, e igualmente ocurre con los efectos a distancia de un campo de distorsión que, situado en la dentadura o en las amígdalas, se infravaloran totalmente por tratarse de un área casi siempre indolora, de reducidas dimensiones, pero su influencia alcanza a todo el organismo.

La dificultad de escribir un libro como éste radica en que casi es imposible satisfacer al mismo tiempo las exigencias de los teóricos y de los prácticos. La ciencia requiere los resultados de la investigación de base y estadísticas, mientras que el médico general quiere o puede creer necesitar un "libro de cocina", cuyas simples recetas le permitan asimilar aseQUIblemente, tras una fatigosa jornada de trabajo, la posible problemática por la que sufren sus pacientes, y podérsela solucionar.

Si me decidí a tomar la pluma fue únicamente para corresponder a las demandas de muchos colegas de las más diversas ramas profesionales, que constantemente me han insistido en dejar constancia escrita de mis cuantiosas experiencias en este campo. Escribo brevemente, y únicamente para ofrecer una visión general de todo lo que los campos de distorsión pueden provocar, y de la cantidad de diferentes síntomas que pueden producirse desde una misma causa o situación dental o amigdalar. Y naturalmente, tal como esperan de mis indicaciones, sobre cómo detectar estos focos perturbadores.

Casi siempre, la observación de un problema se cree que puede ser efectuado solamente examinando una radiografía o escudriñando en la cavidad bucal del enfermo; pero con el sólo hecho de mirar no es suficiente.

Por esto, siempre recomiendo el método simple, económico y rápido consistente en la exploración táctil, presionando en determinados puntos en la nuca. He tratado esta diagnosis ampliamente en uno de los capítulos de este libro.

Insisto en que me mantengo favorable, al igual que lo manifesté en otras obras mías, por los desarrollos y nuevas técnicas de aparatos que permitan la medición del acontecer bioenergético y sus distorsiones. Espero que los relatos de casos hagan comprensible el por qué doy tanta importancia a este punto.

Los campos de distorsión* son fuentes de intoxicación energética y química de nuestro organismo, y de un amenazante ensuciamiento de nuestro

mundo interior, y hay que entender los términos de toxina y suciedad en toda la dimensión de la palabra. Quien conoce los análisis de las sustancias segregadas por un foco maxilar, sabe de lo que estoy hablando. Seguramente no es una exigencia irracional si abogo por el saneamiento de un campo de distorsión en lugar de convertir nuestro cuerpo en un extraño laboratorio bioquímico. A mi juicio, no podemos creer en la formalidad del progreso actual en medicina, cuando se soslayan las leyes biológicas, a las cuales estamos irremisiblemente sometidos.

(* " 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 del psiquismo.)

(* NOTA: El libro contiene 242 imágenes, la imagen Nº 1 corresponde a la portada, ésta ha sido informáticamente dimensionada para que se pueda convertir en un póster. Se trata de la imagen que representa el territorio del trigémino con su inervación dental.)

CAPÍTULO I – UNA EXPLICACION NECESARIA

A principios de este siglo, vivía en Barcelona el Dr. Badía, que era conocido por doquier por sus “extraños” diagnósticos y métodos de tratamiento. Un caso fue especialmente comentado. Cuando el enfermo, que se visitaba por dolencias en el estómago, le hubo descrito con detalle todos sus síntomas, el Dr. Badía le dijo: "Por favor, repítame todo esto". Malhumorado, como sólo pueden serlo los enfermos de estómago, comenzó a relatar de nuevo su historia. Aún no hubo terminado, cuando el médico le pidió que lo explicara otra vez. Aquí terminó la paciencia del enfermo, y éste exclamó enojado al Dr. Badía: "¡He venido a verle para que me cure Vd., pero no para que me tome por tonto!". El médico, tranquilamente, le afirmó: "Sí, Vd. puede ser realmente curado. No tiene que hacer nada más que afeitarse el bigote".

Con esto concluyó la visita. El paciente abandonó la consulta malhumorado y con malos modos. El hermano del paciente, que estaba presente, y a quien debemos esta historia, lo convenció para que se afeitase su hermoso bigote. "Vete a saber si esto servirá", le dijo, "otras cosas no te han servido hasta ahora". Finalmente, estuvo dispuesto para el sacrificio, y el bigote desapareció. Al cabo de unos días al enfermo le habían desaparecido todos los incómodos síntomas.

Pensarán que esto huele a sugestión, pero no. Diagnóstico y terapéutica fueron puramente causales. El resto de la historia lo explicó más tarde el mismo Dr. Badía. Únicamente había hecho repetir al paciente tantas veces el relato de sus dolencias porque observaba que éste, al hablar, pasaba frecuentemente la lengua por los labios, humedeciendo también el bigote. El perspicaz médico había reconocido inmediatamente que ese bello adorno estaba teñido. El tinte tóxico era el causante de las molestias. Pensarán que esto huele a sugestión, pero no. Diagnóstico y terapéutica fueron puramente causales. El resto de la historia lo explicó más tarde el mismo Dr. Badía. Únicamente había hecho repetir al paciente tantas veces el relato de sus dolencias porque observaba que éste, al hablar, pasaba frecuentemente la lengua por los labios, humedeciendo también el bigote. El perspicaz médico había reconocido inmediatamente que ese bello adorno estaba teñido. El tinte tóxico era el causante de las molestias.

Este ejemplo no debería mostrar más que el hecho de cuán difícil puede ser encontrar la causa de una dolencia. Es especialmente original, pero desde luego no es un caso aislado. Hace comprensible el por qué ningún tratamiento sintomático puede conducir a una curación.

Algo parecido ocurre con los campos de distorsión en el ámbito del trigémino*. También ellos pueden ser la causa de las más diversas enfermedades y nadie tendría la ocurrencia, por ser aparentemente increíble, de que podrían estar relacionadas con los dientes, o con anomalías presentes en la anatomía de esta zona. No obstante, tampoco una terapia sintomática nos

llevará aquí a una genuina curación mientras que esté activo un campo de distorsión generando un efecto "a distancia" a través del sistema nervioso.

(* "Trigémino": nervio que, formando tres ramas, se extiende por los costados de la cabeza. Principal nervio sensitivo de la cara y motor de los músculos de la masticación. En él se encuentran las inervaciones de la zona de la boca y dentadura junto con las de la zona del tejido circundante amigdalor y las de las mismas amígdalas).

Para una mejor comprensión, reflejamos gráficamente esta relación, de modo que el interesado pueda reconocerlas rápidamente, sin someterse a un largo estudio de literatura. (La lectura del libro "El sistema de regulación de base", 4ª edición ampliada, del Prof. A. Pischinger (Karl F. Hanf Verlag, Heidelberg 1983), puede ser imprescindible para el profesional de la medicina para la aclaración de relaciones neurales desconocidas hasta ahora. En él veremos que muchos conocimientos empíricos ahora han sido demostrados y ampliados por una exacta investigación científica.

La investigación de base de los últimos años ha aportado mucho a la hora de esclarecer estos problemas de la medicina, al poner al descubierto opiniones personales o puntos de vista científicos unilaterales. Pero el médico de medicina general, que debe luchar día a día contra la enfermedad y frecuentemente también contra la ignorancia, se enfrenta a veces al dilema: ¿y ahora quien tiene razón? ¿el uno o el otro? Finalmente, escribe una receta o recomienda una terapia, que a veces no perjudica, pero que en la mayoría de las ocasiones tampoco ayuda.

Una actividad que hace aproximadamente 40 años (desde los años treinta) en el campo del diagnóstico de focos y campos de distorsión, amparada por miles y miles de historiales clínicos, nos hizo conocer hasta qué punto pueden llegar los efectos de un campo de distorsión, pero, por otra parte, también debemos considerar y definir lo que se entiende como un campo de distorsión, y qué es lo que se puede esperar de su eliminación.

Quizás, con los casos descritos en mi obra, consiga hacer reflexionar a todos los profesionales que hasta ahora no se han entretenido en averiguar o discernir toda esta fenomenología, para entenderla como modo terapéutico fundamental.

No me mueve en absoluto el dar lecciones a alguien o el querer dar una relevancia que no corresponde a mis humildes logros. La ventaja de una publicación como ésta será, en última instancia, para el paciente, como beneficiario, y esto seguramente será el afán de todos y cada uno de nosotros.

NOTA DE LA TRADUCCIÓN: En el libro, el Dr. E. Adler se referirá constantemente a la denominada "prueba del segundo", consistente en inocular una pequeña cantidad de anestésico, o dejar caer unas gotas de éste, en puntos concretos de la dentadura o de la boca, y en la zona del entorno amigdalor. Estas áreas pueden resultar patológicas debido a una alteración del tejido, sea éste carnoso u óseo, pudiendo generar un disturbio o alteración en la bioelectricidad del sistema nervioso.

El autor de esta prueba es el Dr. Huneke, amigo de Adler. Huneke fue uno de los pioneros en la aplicación y desarrollo de la denominada “Terapia Neural” o “Neuro-Focal” en Alemania, consistente en tratar clínicamente estas zonas enfermas a base de la inoculación de anestésicos en la zona dental y amigdalal, o la extracción y extirpación de estos elementos. Pero, fundamentalmente, fue Huneke el que realizó los primeros ejemplos en terapia neural con la aplicación de anestésicos, aplicación que extendió también a las cicatrices dérmicas causadas por un acto quirúrgico, o bien ocasionadas por traumatismos o accidentes, ya que éstas son frecuentemente causa de importantes alteraciones del SNV y que ocasionan efectos a distancia, al igual que las zonas dentales y amigdalares.

La “prueba del segundo”, en sí misma, deberá manifestar si el “foco primario” ha sido correctamente localizado, o bien si se deberá proceder a una nueva detección.

En el caso de que el foco intervenido sea el primario, los síntomas del/la paciente deberá desaparecer en unos instantes, o casi al instante; de no ser así, es que no se trata del foco primario.

TEORIA Y PRÁCTICA

Nuestro trabajo en España, ya desde un principio, fue más sencillo que en otros países que podríamos llamar "supercivilizados", porque, hace años, a través del tipo y ritmo de vida de la población autóctona, pudimos observar especialmente el llamado "foco solitario", mientras que, en el caso de los campos de distorsión múltiples, sobre todo en aquellos creados artificialmente, es a veces muy difícil descubrir el nexo entre enfermedad y causa en su forma "pura"*..

(* "Forma pura": Se refiere a los pacientes procedentes del que acaba de denominar "mundo supercivilizado", por llevar mucha remodelación en su dentadura bajo el pretexto de la conservación de piezas dentales obsoletas, con la finalidad de que los elementos dentales permanezcan en su lugar. "Filosofía" que, vulgarmente, y en detrimento de la salud del paciente, se expresa como "salvar el diente" en base a amalgamas, empastes, puentes, endodoncias -matar el nervio-, y, ¿por qué no?, actualmente lo podrían ser la profusa utilización y colocación de ortodoncias, implantes, etc.)

Por esto se crean las discusiones huera, tan cansadas a veces. Motivo de ello fue también el "exodontismo", importado de América hace años, como pudimos comprobar personalmente (parecido a lo que ocurrió y aún ocurre con los antibióticos): utilización exenta de críticas, a veces obligadas, a extracciones -para oír justo lo contrario de los mismos "exodontistas" al cabo de los años-.

Ya que las relaciones entre el foco y la síntoma-patología son tan difíciles de mostrar, la llamada "doctrina del foco" o "terapia del foco" se convirtió en un "problema focal"*, además, la expresión de los pioneros en este campo, es decir; el concepto "infección del foco", en sí mismo conduce frecuentemente a error. Las causas de los efectos de distorsión pueden ser muchos; la infección, en todo caso, es solamente una de tantas posibilidades.

(* "Problema focal": se refiere al problema o discusión de toda esta fenomenología focal entre los profesionales).

FINALIDAD Y MOTIVO DE NUESTRAS EXPLICACIONES, ESTIMULOS PARA EL MÉDICO.

Les mostramos ahora en breves trazos, con ayuda de radiografías o fotografías, así como de esquemas y de los historiales médicos correspondientes, casi siempre sin todas las exploraciones, síntomas, diagnósticos, pronósticos y tratamientos previos, en los cuales únicamente uno

o varios campos de distorsión fueron la causa de la enfermedad, crearon el terreno, el campo de cultivo u obraron como irritación desencadenante.

Tenemos la opinión de que es principalmente el médico el que debe conocer estas cosas, sea de medicina general o especialista.

Nuestras experiencias y observaciones nos han demostrado -no solo en pacientes nativos,

sino también en aquellos procedentes de otros países- que los campos de distorsión precisamente en el área del trigémino se ignoran aún hoy, a mitad del siglo XX*, y que, en una proporción mínima increíble, sólo se procede a su eliminación cuando la momentánea distorsión funcional se ha convertido ya en una enfermedad orgánica irreversible.

(* La primera edición del libro es del año 1977, y esta tercera lo es de 1982)

Un propósito más de este trabajo es el describir lo que puede definirse como un campo de distorsión, porque también aquí reina la oscuridad.

Así, se lee o se oye, procedente de círculos altamente científicos, lo que, según nuestra

opinión, ya hemos calificado como "antidiagnóstico", y que reza: "Ningún granuloma" (hasta la misma definición, técnicamente, está equivocada). No dice ni más ni menos que lo que, comparativamente, podría decir una Jefatura de Policía publicando que: "Carteristas no había, y, por lo tanto, la asamblea no contó con elementos criminales, por lo que no existían indicios de la presencia social de delincuentes". Nos deberíamos preguntar: ¿y los otros?, los asaltantes, estafadores, falsificadores y demás ladrones y asesinos ¿dónde están? Pues en materia de odontología neuro-focal les presentaré una gran cantidad de estos "gángsters" en el área del trigémino, que minan la salud de nuestros pacientes.

¿Cuántas veces hemos visto a pacientes "ya saneados en su dentadura" en la que una ligera o aceptable mejoría, persistiendo los síntomas, se ha entendido como una solución médica, mientras los campos de distorsión más peligrosos permanecen allí?

A primera vista, esta constatación puede parecer exagerada, pero la demostración gráfica a lo largo de este trabajo dará fe de lo que es un "campo de distorsión", y demostrará que su observación, sobre todo al principio de la enfermedad, es de enorme importancia para cualquier tipo de terapia, sea cual sea esta o cómo se llame.

Tengan por tanto comprensión los otros autores si no los cito continuamente, sino que me limito casi exclusivamente al relato de mis propias experiencias. Sólo deseo manifestar muy expresamente que, sin embargo, debo el mayor respeto a las publicaciones de mis colegas.

Se dice, y ello es cierto, que "El ser humano es el único animal que tropieza dos veces con la misma piedra".

Una ocasión especial de observar la relación entre el campo de distorsión y la enfermedad la ofrecían las particularidades climáticas de esta región española, la Costa Brava, donde he residido desde los primeros años cuarenta, huyendo de la guerra europea desde Alemania, y buscando poder disfrutar de una de mis aficiones preferidas, como es el submarinismo.

Por una parte, tiene el clima irritante del mar, aunque en forma más suavizada comparado con el Mar del Norte, por ejemplo, pero, en contrapartida a ello, tiene la cercanía de los Pirineos, con sus frentes fríos. El constante cambio entre frente frío y frente cálido, provoca el desequilibrio del neuro-vegetativo. Este "estrés climático", como provocación, muestra muchas relaciones que los pacientes en casa no pueden observar a pesar de que los campos de distorsión latentes ya existan. Solamente por una observación casual podría el paciente detectarse uno de estos problemas.

Además, al principio de mis actividades como estomatólogo, tuve 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", instintivamente, rehusaba tratar a ningún paciente que previamente no se hubiera hecho extraer sus dientes "malos". De este modo pude comprobar cuantas molestias de los pacientes desaparecían únicamente por esta causa.

Así fueron especialmente los dos casos siguientes, que resultaron muy aleccionadores para mí, y que me demostraron que hay que prestar atención hasta a los más pequeños detalles.

Un paciente (J.N.), previsto para una resección* de estómago, nos fue enviado para que le extrajáramos restos de raíces dentales, con el fin de evitar que el pus y el detritus "infectaran" las cicatrices de la operación. Pero cuando las heridas de la boca se curaron, se normalizó también la preocupante situación del estómago, sin que se produjeran reincidencias en un periodo de observación de más de quince años. ¡¡E iba a ser operado!

(* "Resección": una intervención quirúrgica que consiste en quitar una parte de un órgano, o también de una porción de un hueso).

También el otro paciente, que padecía una pertinaz afonía desde hacía medio año, examinada y tratada en múltiples ocasiones, me fue enviado por ese colega a quien entonces consideraba demasiado precavido. Lo único que pude observar fue un minúsculo resto de raíz de un diente extraído. Para hacer honor a la verdad, quiero constatar que en aquella ocasión le dije a mi colega: "Seguramente, ni Vd. mismo pensará que este mínimo residuo de raíz pueda ser el causante de tan grave enfermedad". Pero tuve que convencerme yo mismo de lo contrario, ya que un día después de haber eliminado esa "nada", el paciente pudo hablar por primera vez en meses, y sin problemas.

Sabido es que el hombre es el único animal que tropieza dos veces con la misma piedra. Por lo tanto, en el futuro, intenté ser más cuidadoso en este sentido.

A raíz de nuestros éxitos, se amplió nuestra buena colaboración con el médico urbano Dr. Blanch y también con médicos de otras ciudades, por ejemplo con los Dres. Buguñá, Bernat, Benito, Bataller, Brunet, Borrás Bataller hijo, -parece como si la B al principio de sus apellidos tuviera un significado especial- así como, sobre todo, con el eminente especialista del aparato respiratorio Dr. Jacinto Reventós, del Hospital de San Pablo y de la Clínica Platón, a quienes desde aquí expreso mi más sincero agradecimiento.

Asimismo, quiero dar las gracias a mi expaciente, la Srta. Elisabeth Riede, que me prestó una inestimable ayuda en la confección de este libro, y también a un colega... "que no quiere ser nombrado".

RADIOGRAFÍAS

Desde los más diversos círculos nacionales y extranjeros, se expresó el deseo de permitir el acceso al público en general a nuestra colección privada, con muchas radiografías, que hemos confeccionado con fines de demostración. Queremos ampliar ahora este deseo.

No deberá ser, de ninguna manera, un atlas de radiografías. Por una parte, porque las imágenes solamente darán explicación al historial médico, y, por otra, porque en un periodo de aproximadamente 30 años muchas radiografías pasaron por varias manos, otras tuvieron que ser puestas a disposición de médicos y pacientes en veloz intercambio, lo que seguramente no ha contribuido a mejorar su calidad. Pero el propósito es mostrar a los médicos las increíbles conexiones, así como las "genuinas curaciones", comprobables por un periodo de 25 años, conseguidas en cada uno de los casos mediante la eliminación de uno o más campos de distorsión, sean de naturaleza bacteriológica, tóxica, mecánica o creados por compresión, ya que se puede tratar de una diversidad de causas, o, frecuentemente, de una misma causa para las más diversas síntoma-patologías. En la respuesta al tratamiento, 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.

El presente trabajo nació de las experiencias extraídas de la práctica diaria. Se podrían escoger dos caminos para relatar precisamente estas experiencias: uno, como sobria estadística -como acostumbran a serlo las estadísticas- (la estadística en este campo no posee mucha fuerza de expresión, además de que aún no existe un método normativo para la detección de campos de distorsión, y todavía no es completamente fiable en cada caso la detección negativa).

El otro camino es mostrar y relatar las cosas tal y como se produjeron dentro de la realidad y la práctica diaria, con ciertas anécdotas cotidianas. En cualquier caso, el ser humano no es un número -se compone de cuerpo y alma-. La medicina psicosomática nos lo da a entender así cada día. A menudo, uno

desearía que existiera el concepto de medicina somato-psíquica. Pero esto podremos comprenderlo mejor a lo largo de las explicaciones.

Ante todo, debe resaltarse que no se trata de casos incontrolables. Vemos a la mayoría de nuestros expacientes años y años, porque todos se convierten en amigos -también los muchos extranjeros -. Por otra parte, la mayoría de los "casos", sobre todo en los últimos años, no son casos "frescos", en otras palabras, durante mucho tiempo, antes de acudir a nuestra consulta, en ellos se pusieron en práctica todas las reglas del saber médico, y, en bastantes casos, parcialmente, les fue "saneada" el área del trigémino; sin embargo, no resolvieron su problema de salud. Pero todo esto no vamos a discutirlo "teóricamente", sino que relataremos detalladamente caso por caso. Por tanto, estamos interesados en dar a nuestras explicaciones una forma "neutral", que corresponda a la realidad -sin teorías-, exceptuando pequeños llamémosles comentarios, para mejor comprensión de los colegas.

Pero antes de que demos comienzo al tema en sí, convendría contestar algunas preguntas que se nos hacen reiteradamente.

“¿Existen muchos pacientes con focos sin molestias de ningún tipo?”. Pues sí, esto existe. Los focos pueden permanecer silenciosos o dormidos durante años, porque el paciente no nota nada. El foco despierta como respuesta del organismo a irritaciones, estímulos, estrés – da igual el nombre*-. Pero cada incidencia -accidente, enfermedad, por ejemplo, gripe o cualquier otra carga, sobre todo la edad, pero especialmente intervenciones quirúrgicas serias- da vida al llamado "foco mudo"* y a veces, sin exagerar, pueden quitar la vida a su propietario. 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 -ya que todo en nuestro organismo es equilibrio- se produce un desarrollo negativo.

(* “Da igual el nombre”: podrían incluirse los cambios atmosféricos y climatológicos –estacionales-, además de los estados emocionales debidos a la problemática existencial –entorno social-).

(* “Foco mudo”: puede estar refiriéndose a los shocks anafilácticos, denominados también colapsos, que generalmente pueden producir un paro cardio-respiratorio. Un ejemplo de ello podría ser el que un determinado paciente debiera -por sentirse enfermo o por accidente- de ingresar en el área de urgencias de un determinado hospital y en la inevitable intervención del equipo que lo asistiera, su organismo respondiera de esta forma, sin que directamente los que le asistieran tuviesen alguna responsabilidad directa con un fatal desenlace; en muchísimas ocasiones; en aquellos instantes, no da tiempo para averiguar la situación “focal” del ingresado. No obstante, bueno sería que esta práctica fuese puesta en los protocolos que en aquellas circunstancias se aplican, ya que, muy probablemente, bastantes de los síntomas que podían haber obligado al paciente a ingresar en urgencias podrían ser causados únicamente por los famosos “focos”).

En los diferentes capítulos se especifican solamente algunos ejemplos "visibles", ya que también en el campo de los portadores de focos sin molestias, que hemos experimentado, los hay, o los ha habido, “sin síntomas”.

No obstante, tenemos experiencias muy interesantes, de las que, desafortunadamente, no se ha podido conseguir la autorización del paciente para su publicación.

“Se eliminaron dientes, amígdalas y apéndice, y las molestias continúan.” Sí, algo así también existe, hemos podido constatarlo. También esto requiere una explicación: Cuando, a consideración del estomatólogo, se extraen dientes, amígdalas o el apéndice, entre otros, seguramente éstas mostrarían alguna alteración patológica.

En ocasiones, al examinar por primera vez a un paciente en nuestra consulta, hemos podido observar que, con anterioridad, se extrajeron dientes, amígdalas o apéndices, sin que pudiésemos constatar signos residuales de que hubiesen habido anteriormente alteraciones patológicas.

Esto, sobre todo, puede ser debido al proceder rutinario por falta de tiempo, ya que la búsqueda de campos de distorsión usualmente va ligada a una larga serie de análisis. Sin embargo, frecuentemente la causa del fracaso puede ser atribuida a que la enfermedad ya ha progresado tanto que la distorsión funcional se ha convertido en una afección orgánica que necesitaría de un tratamiento idóneo añadido, con el fin de corregir la disfunción orgánica, bien establecida por la cronicidad del proceso originado por un campo interferente.

También existen otros motivos del reino de la psicosomática. A un paciente del Dr. Reventós, abogado, con una fuerte asma, se le practicó una resección de amígdalas, sin resultado, pero tras la muerte de su suegra se liberó del asma.

Una paciente del Dr. B que nos fue enviada para un "saneamiento" odontológico a causa de sus afecciones paravertebrales en el sector hepático - sin diagnóstico en cuanto a campos de distorsión- nos dijo al responder a la pregunta de si tenía quizá problemas psíquicos: “Sí, engaño a mi marido”. Huelga el profundizar en este asunto, ya que si a la paciente se le hubiera extraído un diente hubiera sido un fracaso.

Bueno, en el caso de otra paciente de 19 años, que nos fue traída desde la Clínica Platón, de Barcelona, a causa de sus dolores paravertebrales y una sedimentación de glóbulos rojos de 90 durante la primera hora, basándonos en los resultados de la radiografía dental, seguramente podríamos eliminar con seguridad los dolores paravertebrales practicando una extracción de las muelas del juicio medio retenidas, pero nunca la alta sedimentación de los glóbulos rojos. Pero veamos qué era lo que realmente provocaba el problema.

PROVOCACION DEL FOCO PRIMARIO: El resultado final de este caso fue el siguiente: como anticipamos, los dolores paravertebrales desaparecieron tras la extracción de las muelas del juicio. Pero la operación actuó simultáneamente como provocación -justamente sobre el foco primario- que tenía sus orígenes en una inyección glútea* no reabsorbida practicada en la infancia. Conocer esta circunstancia es muy importante. Mediante la primera intervención se reactivó, aumentó su dimensión y tras una intervención

quirúrgica se pudieron extraer aproximadamente 20 ml. de pus, sin que anteriormente se hubieran percibido las menores molestias en esta área. Ya transcurrida una semana, la sedimentación de los glóbulos rojos bajó a 5.

De esto podemos deducir que un campo de distorsión, a menudo, es muy difícil de encontrar, pero existe.

(*Al respecto de la inyección glútea -la nalga como elemento interferente-, ésta se encuentra dentro del mismo modelo interferencial en el que se sitúan las cicatrices, cuales éstas sean, que, situadas en cualquier lugar del cuerpo, sean internas, o bien externas, motivadas tanto por una intervención quirúrgica como por un traumatismo o accidente, igualmente, ejecutan una importante función patógena, interferente del SNV).

El Profesor Dr. Diego Ferrer me confirmaba idénticos resultados en un niño afectado de endocarditis, cuyo origen pudo encontrar durante la autopsia, al igual que en el caso citado anteriormente.

(*Adler, en este caso, no especifica qué clase de foco interferente fue el que el Dr. Ferrer halló durante la autopsia del joven paciente fallecido. Cabe pensar que pudo tratarse de otra inyección no bien absorbida, que además podía presentar una bolsa de pus).

Nuestro único deseo es demostrar a médicos y pacientes un método viable con respecto a la etiología en el acontecer pluricausal.

DIFERENTES REACCIONES DE CADA INDIVIDUO

Aquí no se trata de ninguna manera, o únicamente, de la presentación de una casuística, sino que las radiografías publicadas aquí tienen una doble función. Por una parte, deben mostrar las múltiples posibilidades de campos de distorsión en el ámbito del Trigémino y, por otra, aclarar, mediante explicaciones, dibujos sobrepuestos, comentarios, etc., la patogeneidad hallada, hasta donde sea posible.

Además, ello posibilita que el profesional interesado pueda adquirir un conocimiento más rápido de las conexiones, y sobre todo observar, increíblemente a menudo, las diferentes reacciones de cada individuo frente a una misma causa.

Si se intenta atribuir algunas enfermedades a la existencia de focos o campos de distorsión, como venimos conociendo, ello es relativamente correcto a partir de las radiografías comentadas.

Por este motivo, es muy importante para el médico, no importa cuál sea su especialidad, conocer al menos algunas de las relaciones enumeradas aquí, e, igualmente, para el estomatólogo con exceso de trabajo, que debe luchar contras estos campos de distorsión y eliminarlos de una manera u otra,

siempre y cuando inconscientemente, o de una forma no intencionada, no sea él el causante de los mismos.

Estos conocimientos derivan de la práctica diaria. Naturalmente, las conexiones entre campos de distorsión y una síntoma-patología a distancia sólo pudieron hacerse evidentes en los casos en los que un "foco solitario", es decir, un único foco causante (campo de distorsión), era el responsable de las molestias.

Únicamente son estos ejemplos los que nos permiten ver en forma pura la evolución de cambios efímeros por efectos a distancia, creando la base para posteriores investigaciones. Esta circunstancia permite poder ver todo claramente y de forma natural. No es tan sencillo realizar esto en los países supercivilizados, con los pacientes portadores de múltiples campos de distorsión y con la permanente falta de tiempo imperante en la medicina oficial estatal. Es en este tiempo y en esta sociedad "avanzada" donde se producen con mayor incidencia enfermedades debidas a campos de distorsión.

Deseo con la mejor de las intenciones que mediante estas indicaciones simples y breves, el médico adquiera de manera sencilla una pequeña visión sobre esta área tan complicada del nervio trigémino y el neuro-vegetativo, con su patología y sus efectos a distancia.

Este es el sentido de la casuística descrita, que únicamente quiere servir de muestra y de ejemplo, facilitando de esta forma un rápido y claro conocimiento en este terreno con relación a su importancia dentro del acontecer de la salud en general.

Nomenclatura de foco y campo de distorsión: a fin de impedir que surjan errores, se hace precisamente la siguiente explicación sobre la diferencia entre foco y campo de distorsión. En el idioma español se utiliza, aparte de la palabra "foco", la de "espinas irritativas", principalmente por parte médica. Esto ocurre tanto si la causa o el efecto es bacteriológico, tóxico, químico, mecánico o puramente neural.

En alemán, al término "espinas irritativas" le es más próxima la denominación "campo de distorsión", que procede de la terapia neural. Asimismo, el término foco (fokus) no manifiesta nada sobre el substrato del efecto de la distorsión, ya que una denominación exacta sólo sería posible sobre una base analítica, histológica y bacteriológica, lo que, en vistas a la enfermedad secundaria provocada de esta forma, sería únicamente de menor importancia.

Por tanto, en este libro utilizamos la terminología "foco" y "campo de distorsión" con el mismo significado que nuestra "espinas irritativas". Con ello, eliminamos la diferenciación tal 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 cuerpo extraño, una cicatriz o una muela del juicio impactada, sin comunicación con la cavidad bucal).

Esto no debe ser en ningún caso una nueva nomenclatura, sino una explicación para evitar malentendidos con relación a este trabajo.

En países sudamericanos se interpreta actualmente la palabra foco, o campo de distorsión, como "interferencia".

II - LA DENTADURA DE LECHE

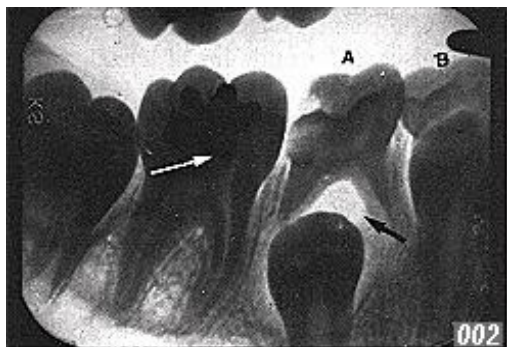
Aunque los dientes de leche (debido a que se suplantán o cambian por las otras piezas) no alcanzan la importancia de otros factores en la dentadura permanente, necesitan, sin embargo, de atenciones en cuanto se refiere a campos de distorsión. Muy a menudo, de ahí se derivan distorsiones a distancia que, como consecuencia, originan enfermedades secundarias resistentes a cualquier terapia.

Aquí no es el lugar de hablarles de los riesgos que conlleva la negligencia de la práctica clínica en estomato-odontología, del hecho foco-neural respecto de los centros de irritación, no solamente para la dentadura permanente sino para la salud en general.

Así, no solamente las caries revisten importancia, sino que también las anomalías posicionales, estrecheces, etc., deben ser tenidas en cuenta, cuya posible corrección influirá en el desarrollo general del cuerpo.

Lamentablemente, aún está muy extendida la creencia de que un diente está enfermo únicamente cuando duele. Resultado, los padres sólo van al estomatólogo con los niños para que les alivie el dolor, lo que casi siempre se solventa abriendo el diente ya podrido y entonces se espera al cambio de "dientes". En este tiempo carente de dolor, sin embargo, se establecen los primeros efectos a distancia; en esta época comienza el protagonismo del diente de leche como campo de distorsión.

Frecuentemente, se trata de ligeros e intermitentes ascensos de la temperatura, falta de apetito, distracción, nerviosismo, desobediencia y también agresividad, creados por los efectos de estas intoxicaciones crónicas en un cuerpo inestable. Muchos pediatras se quejan de que no se eliminan estos dientes gangrenosos, pero, por una parte, los padres argumentan que no



duelen, mientras que algunos estomatólogos aseveran que "debe esperarse hasta que cambien" para que la hilera de dientes no se desplace. Aquí aún falta una gran labor de información. Un diente gangrenoso (moribundo) no debe permanecer nunca en su lugar por el mero hecho de que se trate de una "reserva de lugar", además de que la resección

de la raíz no puede realizarse con normalidad como en el diente de leche vivo, por lo que no debe demorarse su extracción. (Imagen nº 2).

TEXTO DE LA IMAGEN N° 002: En esta imagen vemos una amalgama demasiado próxima a la pulpa, sin repleción de base. En A un diente de leche desvitalizado con absorción incompleta de la raíz, mientras que en B es normal.



En casos excepcionales, un diente sin infección, o sea, puramente neural, y perfectamente absorbido, puede convertirse también en un campo de distorsión. Se trata de dientes pinzados por presión lateral por la estrechez de la hilera de dientes, que, por este motivo, no pueden caerse a tiempo. (Imagen n° 3).

TEXTO DE LA IMAGEN N° 3: Paciente de 11 años. Enfermedad: caída de cabello en círculos (alopecia areata) a causa de la estrechez de la posición de los dientes. A pesar de una perfecta absorción de la raíz, no se expulsó el premolar; ello fue debido a la presión de los dientes vecinos. El diente no podía colocarse, por tanto, en su posición normal, ejerciendo así una presión patológica sobre la superficie del seno maxilar, abundantemente innervado como es bien visible. La caída del cabello en forma circular se encontraba justamente en el foco neural de este diente. Curación mediante eliminación del diente fuertemente presionado.

No es necesario profundizar en casos diferentes, sino que queremos dirigir la atención hacia el diente de leche como campo de distorsión.

En nuestros pequeños pacientes centroeuropeos, frecuentemente vemos dientes con empastes de amalgama excesivamente grandes, parcialmente desvitalizados por la proximidad del empaste a la pulpa. Que a menudo es consecuencia de la aparición de una linfadenitis, y, simultáneamente, la causa de interminables exploraciones. Se trata en este caso de una "hiperemia" de la pulpa dental, ya que el cemento no es un elemento aislante neutral en una caries profunda (pero estas circunstancias ya empiezan a ser contempladas por la odonto-estomatología).

Si los niños sufren frecuentes anginas, hay que prestar especial atención a todos estos diagnósticos patológicos en el ámbito de la dentadura de leche.

Un factor poco o nada contemplado en los niños son las reacciones inespecíficas tras las vacunaciones. Aunque éstas se manifiestan en primera línea a través de las amígdalas, no deben ignorarse de ningún modo los peligrosos campos de distorsión que representan los dientes de leche gangrenosos, a los que, muy frecuentemente, se le atribuye la fuerte reacción a la vacunación misma, e, igualmente, una molestia secundaria por el mismo motivo, a pesar de que en el fondo el fenómeno se presenta por la presencia de focos y campos de distorsión activados por la inoculación de la vacuna.

LA ALIMENTACION EN LA INFANCIA

Desde la fecha de la última edición del libro, se observa un incremento importante de las anomalías en la dentadura. Ello está relacionado con la ortopedia* maxilar que se aplica para corregir anomalías en la alineación dental; entonces, los colegios, la prensa, los padres y sobre todo la televisión, deberían hacer hincapié constantemente sobre los perjuicios que conlleva esta práctica, en la que prevalece el factor estético y no tiene en cuenta la realidad que significa, dado que los daños pueden influir también, generalmente, sobre el Sistema Nervioso Vegetativo y, sobre todo, en el desarrollo psicosomático del individuo. (En el capítulo IX se profundizará más sobre este tema). El motivo es la compresión, por falta de espacio, y las irritaciones mensurables que provoca. El mal general es, entre otros, cada vez más la alimentación blanda, que conduce a la pereza en la masticación.

(* "Ortopedia maxilar": se refiere a las ortodoncias, hoy en día tan en boga, y que conllevan tantos problemas para el sistema nervioso y, en consecuencia, para la salud.

Se está constatando que los portadores de tal "tratamiento" ortodóncico, jóvenes pubertos y en edad escolar, en muchísimos casos pueden sufrir una regresión en su intelecto que se manifiesta en forma de desinterés en sus estudios, o, si no, igualmente en un descenso de las evaluaciones escolares, a pesar del esfuerzo que pueda aplicarse en sus estudios. Sus notas escolares descienden alarmantemente. Además, esta patología se manifiesta en el comportamiento, que al alterar el sentido de la percepción, en ocasiones se producen cambios de conducta nada encomiables en esta clase de pacientes).

En animales jóvenes, podemos observar este fenómeno correctamente desarrollado. Monos, perros y gatos mordisquean desde muy pequeños todo lo que encuentran, y así logran un desarrollo normal de los maxilares. Nunca he observado esta clase de anomalías en las dentaduras de monos, perros y gatos.

Experimentos llevados a cabo con animales (pobres animales), a los que se les efectúa una intervención consistente en separar un determinado nervio que les produce una incapacidad de masticación en el mandibular, se ha conseguido reproducir anomalías dentales semejantes a las que son "normales" en los niños a causa de su subdesarrollo dental (pobres niños).

Pero la tragedia del ser humano ya comienza cuando, tras el parto, se separa al niño de la madre, provocando consecuentemente un shock psíquico, a lo que se añade un periodo de lactancia demasiado corto (cuando no se da un sustitutivo de la leche materna ya desde el comienzo).

Lo grave de todas estas circunstancias es que, inmediatamente después del nacimiento, se desarrolla un ser humano "defectuoso".

La pereza de masticación precoz es también una de las causas del aumento de paradontalgias e implica en primera línea a todo el sistema digestivo.

III - LA MUELA DEL JUICIO SUPERIOR E INFERIOR

Aunque en la literatura odontológica se haya escrito mucho sobre ello, especialmente sobre síntomas locales y terapia (entre otros HARNISCH, respecto a las perturbaciones en la erupción de las muelas del juicio), existen pocos trabajos que traten sobre sus efectos a distancia.

Sobre todo, el conocimiento sobre este peligroso campo de distorsión es aún demasiado reducido como para ser un "bien común" de todos los médicos.

A través de estas experiencias vividas ya en una época temprana, nos ocupamos de este tema, y, en un congreso en el año 1951 sobre "Patología focal dentaria", en la facultad de Medicina de Barcelona, hablamos sobre ello, mostrando una serie de diapositivas (publicadas en la monografía "Patología focal dentaria", Ediciones Teide, Barcelona).

Hasta ahora, se hablaba sobre todo de la muela del juicio retenida o impactada*, o de la bolsa retromolar* o de en la*, con o sin trismo*; sin embargo, este campo se amplía todavía más, como en un principio lo demostraron las observaciones casuales y, más tarde, lo corroboraron estudios exactos.

(* "Retenida o impactada": se refiere a la muela dentro del hueso que no eclosiona).

(* "Bolsa retromolar": existe un vacío entre la parte posterior de la muela y el hueso).

(* "Pericoronitis": inflamación de la encía en relación con la corona de un diente o muela del juicio inferior, que puede impedir la movilidad por contractura e inflamación de la mandíbula y mejilla).

(* "Trismo": contractura del músculo mandibular denominado masetero, que bloquea la articulación témporo-mandibular -ATM-).

UNA "PEQUEÑEZ" HISTORICA:

En la historia de la medicina, de la química, de la física y de muchas otras ciencias, o de la técnica, el detonante fue primero una observación casual sobre la cual se formulaba una hipótesis, que más tarde se transformaba en una teoría y después se convertía sencillamente en un hecho.

Un conocido profesor dijo en una ocasión con relación a estas afirmaciones: "Primero uno se ríe, luego se calla y después se dice: "Esto ya lo hemos dicho siempre."

Ya muchos estomatólogos anteriores a Huneke, en sus prácticas diarias dentro del contexto odonto-estomatológico, observaron fenómenos de remisión de molestias en segundos, lo que, al igual que yo, interpretaron como procesos de reflejo inconexos, sin profundizar en su origen. Y precisamente aquí se demuestra el valor que tiene la simple palabra "¿por qué?".

Por lo que se refiere al campo de la muela del juicio superior e inferior fue precisamente un caso el que nos permitió abrir algo más los ojos; con otras palabras: un factor más en la patogénesis de la enfermedad bivalente.

El caso en concreto que dio pie a realizar exploraciones u observaciones más precisas fue el siguiente: en una paciente (M.S.B.) que, además de las molestias reumáticas, padecía de un síndrome cervical, tras recetarle todos los medicamentos disponibles, se extrajeron también todos los focos dentales visibles, sin lograr una especial mejoría. Una muela del juicio inferior; recta y normal quedó intacta, como ocurre tan a menudo, y se deja como soporte para prótesis dentales. La paciente mencionó más tarde que este diente le causaba una molestia en la mejilla, por estar situado muy atrás y, a su petición, se extrajo. Ya que ni ella ni nosotros relacionábamos esta muela con el síndrome cervical, fue grande la sorpresa por ambas partes al comprobar, que ya al día siguiente, habían desaparecido las molestias.

En el transcurso de estas explicaciones podremos ver las más diversas enfermedades y su correspondiente terapia, que también tuvieron su origen en una de las muelas del juicio.

Por tanto, debemos manifestar que es un gran error el mutilar una dentadura mediante la extracción del segundo molar para crear espacio. La muela del juicio inferior desploma su eje y queda en el canal mandibular y, salvo raras excepciones (como en el caso de la primera extracción del molar de los seis años en la infancia), no discurre paralelamente a los otros dientes, ocasionando anomalías de oclusión. Lo propio ocurre con todos los otros dientes que son sacrificados para crear espacio para la muela del juicio. Así lo constatamos recientemente en el caso de un turista alemán a quien tratamos una grave pericoronitis, al que le habían sido extraídos los primeros premolares para que la muela del juicio tuviera sitio.

Igualmente, errónea es la opinión de que la muela del juicio sirve de soporte lateral a otras muelas. Cuanto antes se realice la extracción mejor y más dura será la osificación detrás de los segundos molares.

Veamos mediante las radiografías cómo en esta zona existe una gran proximidad de las raíces, de manera que entre los dos últimos molares no existe una capa ósea mesial interdental; por el contrario, en casi todos los casos, existe una bolsa retromolar, hasta en el caso de adolescentes.

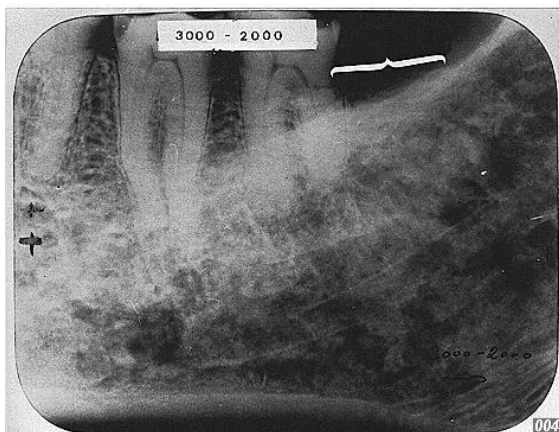
Por tanto, se debe desechar esta terapia de "comodidad" que consiste en extraer el segundo molar, exceptuando algunos casos muy infrecuentes tales como muelas del juicio totalmente impactadas, con raíz corroída del segundo molar.

Para comprender mejor este mecanismo, debemos retroceder algunos milenios.

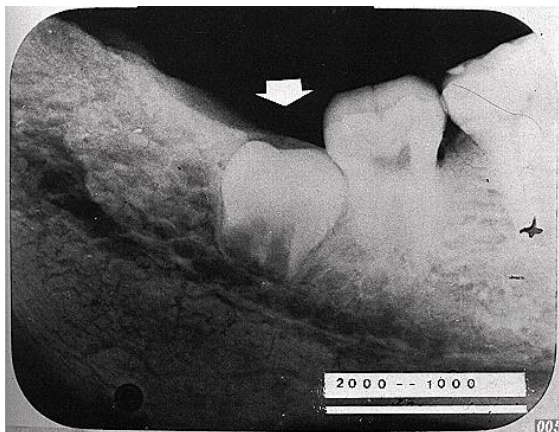
Es conocido que nuestros hábitos de vida y alimentación se han visto sometidos a grandes cambios en el transcurso de estos milenios, que los alimentos eran cada vez más blandos y la función de masticación empeoraba, sin referirnos a los diversos factores de la alimentación en sí. La "función crea

el órgano" se dice. En nuestro caso la reducción de la labor de masticación conlleva una reducción en el crecimiento de los maxilares. Esta circunstancia trajo consigo que, el espacio entre la muela del juicio y la rama mandibular ascendente fuese cada vez menor.

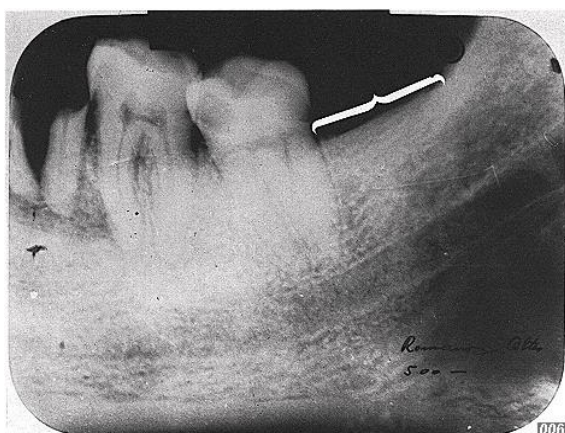
Comparemos ahora unas radiografías, cedidas gentilmente por el Dr. A. Sollmann, del Instituto Antropológico de Munich. Se trata de unos maxilares de hace solamente 3000 años a. C. (Imágenes n^{os} 4, 5, 6, 7 y 8), y veremos que entre la muela del juicio y la rama ascendente existe un espacio que aún podría dar cabida a otra muela, mientras que hoy en día, en casi todos los maxilares, la muela del juicio, aún la de desarrollo normal, se encuentran ya casi cerca o en la rama ascendente (Imágenes n^{os} 9 y 10).



TEXTO DE LA IMAGEN N^o 4:
Mandíbula 3000 a 2000 años a.C.
Detrás de la muela del juicio aún quedaría suficiente espacio para otro molar.



TEXTO DE LA IMAGEN N^o 5:
También aquí quedaría espacio para otra muela; sin embargo, la muela del juicio en crecimiento se encuentra en posición falsa. El motivo de esta mala posición, por tanto, no es la falta de espacio.



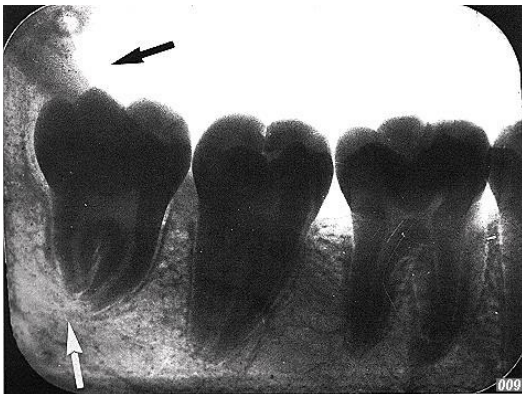
TEXTO DE LA IMAGEN N^o 6: 0 - 500 a.C. También aquí tenemos todavía un espacio ancho, libre, detrás de la muela del juicio. Esta radiografía nos muestra, asimismo, la expulsión de un molar "de seis años", roto, con formación ósea nueva y a únicamente una ligera claridad en la zona de reabsorción.



TEXTO DE LA IMAGEN Nº 7: Siglos XII-VIII. Aquí ya podemos observar una reducción del espacio retromolar.



TEXTO DE LA IMAGEN Nº 8: Siglos XIII-XIV. La reducción del espacio retromolar progresa. Muela del juicio con estrías periodontales.



TEXTO DE LA IMAGEN Nº 9:
Mandíbula contemporánea; la muela del juicio se halla ya en



TEXTO DE LA IMAGEN Nº 10: En esta radiografía panorámica de un niño de 8 años podemos observar, en una dentadura bien desarrollada, sin caries, la futura falta de espacio del tercer molar. A pesar de que los maxilares se desarrollarán más, se reconocen ya los gérmenes dentales en la rama ascendente (flechas).

Pero no se trata únicamente de este factor, sino que, mediante este "desplazamiento", las muelas se aproximan cada vez más a la curva que describe el canal mandibular* en esta región; dicho con otras palabras: que las raíces de los propios molares se encuentran muy cerca de él. Esta excesiva aproximación puede significar un área que genere alteraciones del S.N.V. y, en consecuencia, patologías a distancia.

(* "Canal mandibular": acanaladura situada a lo largo del interior del hueso mandibular, que alberga el nervio de este mismo nombre que enraíza las piezas dentales).

¿Dónde se halla, pues, el peligro en la muela del juicio? A grandes rasgos, podemos destacar dos motivos. Primero: a causa de esta falta de espacio, se crea el fenómeno que describe la literatura odontológica y que se denomina "pericoronitis", consistente en restos de la bolsita dental, con formación de bolsa marginal posterior y que se contempla como principal motivo de la infección focal.

A nuestro juicio, sin embargo, el segundo factor, puramente neural, es frecuentemente más peligroso, ya que actúa a distancia y no es apreciable localmente. Este es, principalmente, el factor que hasta ahora casi no ha sido tenido en cuenta.

El diente crece desde la corona de la raíz. A causa de la reducción del maxilar descrita anteriormente, y casi finalizado el periodo de crecimiento, las raíces se aproximan cada vez más al canal mandibular, como podemos apreciar claramente en la imagen nº 11.



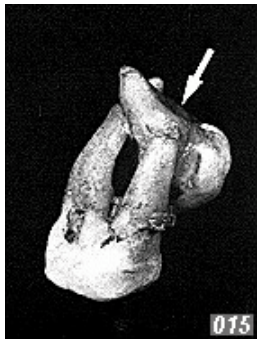
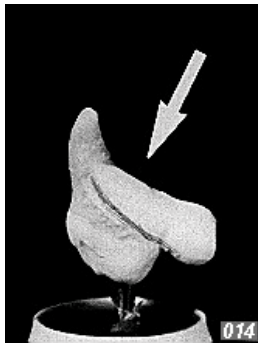
TEXTO DE LA IMAGEN Nº 11 - Aquí se crea un campo de irritación, ya que es sabido que en estas situaciones la formación de raíces es "rechazada", de manera que, morfológicamente, éstas adoptan las más increíbles formas o deformaciones.

nºs 12 y 13).

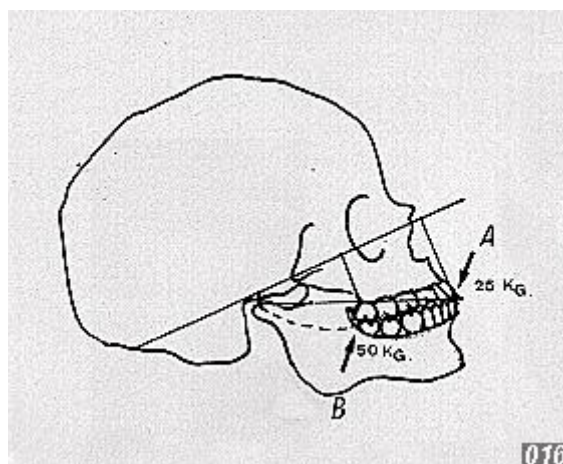


Se produce el caso contrario cuando el crecimiento se dirige contra las mismas muelas vecinas. En este caso, se dan procesos de reabsorción en la corona o en la raíz. (Imágenes nºs 14 y 15).



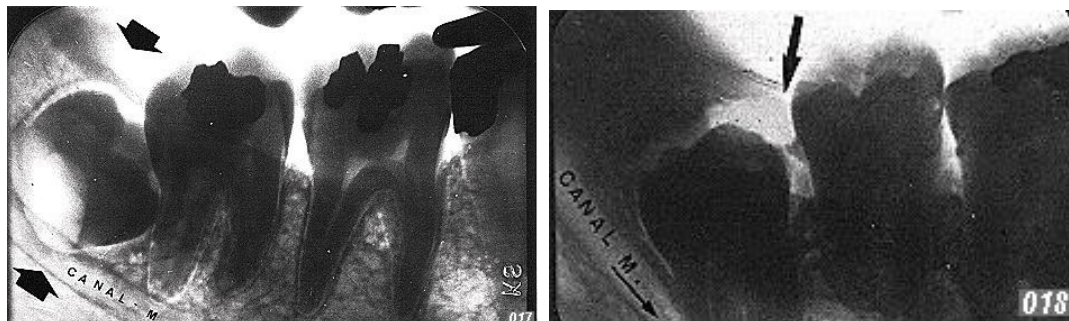


En el primer caso, si la raíz de la muela del juicio se encuentra directamente al lado del canal mandibular (utilicemos mejor el término “en la zona de irritación”), se añade otro factor, que es el siguiente: Basándonos en la ley de la palanca, si, por ejemplo, sobre un incisivo recaen 25 Kg. por presión de masticación, a la muela del juicio le corresponderán 50 Kg. Sin embargo, si a este lado faltan muelas, la presión por masticación se incrementa en mucho (por ejemplo, en el caso de soportes para prótesis, etc.) sobre dicho diente, y, por tanto, produce una sobrecarga, como puede ocurrir en el caso de una oclusión traumática. Esto produce una mayor irritación alrededor del canal y del nervio mandibular, lo que, consecuentemente, conlleva un cambio en los correspondientes segmentos del área cervical (vértebras cervicales C2 y C3), como lo demuestran los puntos dolorosos a la presión situados en la zona posterior del cuello, a la altura del costado de las cervicales mencionadas.



LA MUELA DEL JUICIO IMPACTADA O RETENIDA

Sobre este tema, quisiéramos mencionar lo siguiente: lo que ya indicábamos anteriormente sobre la muela del juicio normal, recta, pero falta de espacio, se refleja aún más -la práctica lo demuestra en miles de casos- en muelas del juicio medio o totalmente retenidas o impactadas (Imagen nº 17). A veces sin comunicación con la cavidad bucal; otras ya la tienen a través de una estría, o ya con una zona purulenta (Imagen nº 18).

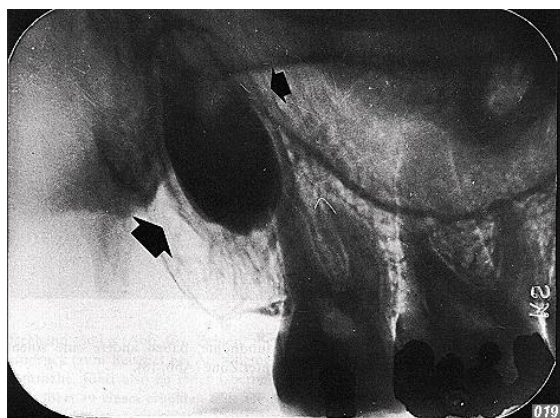


Sin grandes preámbulos, preferimos mostrar las diversas radiografías con sus correspondientes historiales clínicos, ya que disponemos de suficiente material con relación a este tema, tanto sobre el maxilar como sobre el mandibular.

Quizá sea preciso mencionar que estas colocaciones defectuosas no siempre están provocadas por la falta de espacio, lo que podemos observar especialmente en la radiografía de un mandibular (Imagen nº 5, ya mostrada anteriormente) de la Edad de Bronce, 2000 - 1000 a.C.

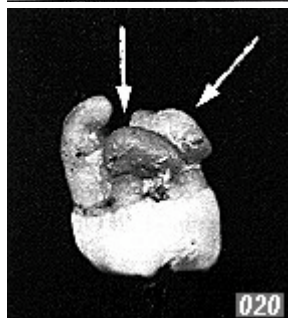
LA MUELA DEL JUICIO EN EL MAXILAR

La circunstancia de que en el maxilar se presenten menos apariciones locales motiva que prestemos menos atención a esta área que, sin embargo, es igualmente importante con relación a la patología y patogénesis general de las enfermedades secundarias.



Si en el mandibular es la región del canal donde transcurre el nervio, la zona en liza en el maxilar es la base de la cavidad maxilar, en el *Tubermaxillae*, que, mediante presión, y por causa, asimismo, de falta de espacio, se convierte en una zona de irritación. (Imagen nº 19).

También en este emplazamiento se "rechaza" el crecimiento de la raíz. Las raíces se deforman, igual que en el mandibular. (Imagen nº 20).



La muela del juicio superior retenida, al contrario que su "colega inferior", casi nunca presenta apariciones locales; sin embargo, actúa también patológicamente como

campo de distorsión, lo que desgraciadamente no es tenido suficientemente en cuenta.

En algunos libros o artículos se puede leer: "Si la muela impactada carece de síntomas no es preciso eliminarla". Esta opinión resulta de la antigua enseñanza de la infección focal; con otras palabras, se supone que siempre debe existir una infección para justificar su extracción. Sin embargo, nuestras experiencias nos demuestran lo contrario; a pesar de que pueda permanecer carente de síntomas en la propia muela durante años, siempre el paciente menciona alguna clase de molestia o dolor a distancia.

Se habla mucho de "disonía vegetativa", etc. etc., y se olvida que este término banal, siempre bajo el punto de vista etiológico, se refiere a la muela por falta de espacio o impactada*, especialmente en edad juvenil.

(* "Muela impactada": que no ha erupcionado o salido).

Cuántas veces, tras la eliminación de esta "espina irritativa"*, obtenemos, inmediatamente después de la operación, una notable mejoría, a pesar de algunas molestias locales y dolores pasajeros, junto a una notoria disminución "de una tensión" no percibida anteriormente, como nos manifiestan nuestros jóvenes pacientes. Entonces, en pocas semanas desaparece el dolor en los puntos de presión en las cervicales 2 y 3.

(* "Espina irritativa": se trata de un campo de distorsión del S.N.V.).

¿Para la eliminación de los cordales*, debe esperarse, por tanto, hasta que se presenten síndromes cervicales u otras molestias resistentes a la terapia?

La verdadera medicina debería ser preferentemente profiláctica, ya que no faltan aparatos para reconocer agentes nocivos a tiempo (naturalmente, y como siempre, falta tiempo... y el pensamiento, y también una actitud lógica en el paciente).

(* "Cordales": son las muelas del juicio).

Nosotros aquí no tenemos la más mínima dificultad. Los pacientes que, en este sentido, aún no lo son, permiten que se realice esta operación, cierta y frecuentemente difícil*, a pesar de no experimentar dolores ni molestias.

(* En la actualidad, la dificultad referida por la extracción de los cordales está ya superada por las nuevas técnicas que se emplean en la exodoncia de las muelas del juicio, que permiten tanto la cómoda intervención en la misma consulta del estomatólogo o cirujano máxilofacial, como un postoperatorio sin problemas, por lo que no se debe temer por esta causa).

Así, pueden resolverse también problemas de la juventud* actual que, generalmente, comienzan con una "tensión", o la llamada "disonía vegetativa constitucional" mencionada más arriba.

(* "Problemas de la juventud": problemas de comportamiento y actitud, en los estudios y en la personalidad).

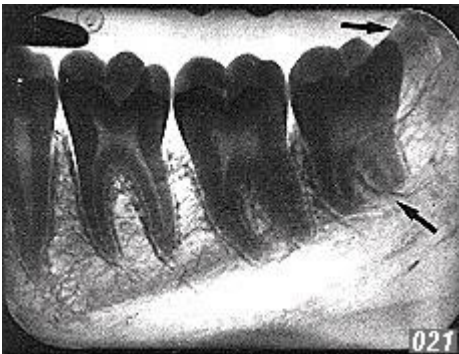
Deberíamos prescindir de una vez del enfoque local y no olvidar que, a pesar de nuestra creciente especialización, el ser humano es una unidad, un entero, y que esta unidad puede ser desequilibrada desde un solo punto.

FUERTES DOLORES DE CABEZA Y DORSALGIA:

PACIENTE: Srta. M.F., 21 años, Lloret de Mar. Existían desde muchos meses atrás fuertes dolores de cabeza, así como dolores en la musculatura de la nuca y de la espalda.

Puntos dolorosos paravertebrales cervicales: positivo; especialmente en C3 (indicativo de un problema Mandibular). Borde trapezoidal: miogelosas (cuello-hombros, que corresponden a las amígdalas).

RESULTADO: Análisis dental perfecto, sin caries, sin empastes (Imagen nº 21).



EXAMEN DE LAS AMÍGDALAS:

Correspondiendo a la edad de la paciente, en lo que se refiere al tejido de las amígdalas, atrofia demasiado avanzada, llenas de pus. El aspecto era idéntico al que se presenta tras una resección* de amígdalas, con residuos (pero hasta entonces sin operación).

(* "Resección de amígdalas": se refiere en este caso a su extirpación o extracción).

COMENTARIO: Seguramente sería comprensible, tras el examen de la radiografía de esta boca perfecta, por lo que se refiere a los dientes y a la cavidad bucal, se estableciera un resultado nulo del análisis. Pero esto es un error ¿por qué?

PRUEBAS. A la vista de los resultados clínicos se procedió en primer lugar, y en una fase muy dolorosa, a realizar la anestesia de los polos amigdalares.

RESULTADO. No se trataba del foco primario, no dio 100% positivo, dado que necesitó varios minutos para poder observarse efectos, o sea, que se trataba de un fenómeno secundario, ya que, de lo contrario, los efectos hubiesen aparecido en el momento.

Y nos preguntamos. Pero, ¿cómo es que igualmente dio una respuesta, a pesar de ser tardía? La conclusión fue la siguiente: porque la infiltración hacia los polos amigdalares, tras algunos minutos se difundió a la región de las muelas del juicio, donde debía radicar el principio del fenómeno.

La siguiente inoculación de anestesia fue practicada días después, por encima de la muela del juicio (aún estaba recubierta por la encía) (no se puede apreciar en la radiografía) y posterior a la misma, se produjo un fenómeno del 100% en segundos; los dolores de cabeza desaparecieron por algunos días.

MOTIVOS: A pesar de su belleza, esta muela es en sí misma un campo de distorsión a causa de la presión provocada por la falta de espacio; seguramente no existía bolsa retromolar, pero esto es secundario en este caso.

Precisamente estos dientes tan "bellos" son la desgracia de muchos pacientes, ya que según nuestras experiencias, recogidas también en otros países, los estomatólogos se niegan* a extraer tales dientes y lo contemplan como un "fallo del oficio".

(*Con el tiempo, hemos podido percibir que tal "negación" la podía producir la gran dificultad que antaño implicaba la extracción de estas muelas, además del doloroso y complicado postoperatorio que en el pasado se producía. Como ya hemos mencionado, actualmente es un tránsito que no reviste en absoluto tal gravedad).

NOTA: El fenómeno de los puntos dolorosos en las cervicales se comenta en el capítulo XVIII

Pero sigamos el desarrollo de este caso, que no es un caso aislado o un caso a modo de extraño ejemplo -de ningún modo-, es uno de tantos de los centenares, o quizás miles, de que disponemos y que aquí exponemos únicamente para demostrar el mecanismo de esta patogénesis.

En el caso que estamos comentando, a la paciente se le realizó esta prueba alrededor del diente en algunas ocasiones, y cada vez con el mismo resultado positivo.

TERAPIA: Esto se diferencia ahora totalmente de lo normal, es decir, no comenzamos con la extracción de estas muelas del juicio, tal como se hace tras una prueba positiva. ¿Por qué? Porque en el caso de amígdalas -llamémoslas aquí amígdalas quirúrgicas-, es decir; totalmente patológicas, debe efectuarse su eliminación previa.

Esto tiene dos motivos: por un lado, no existe provocación, ya que el factor neural que provoca la muela del juicio puede dominarse fácilmente mediante la terapia neural, y, por otro, que la herida de la extracción posterior de las muelas del juicio cicatrizará sin más, evitando convertirse en una "osteítis post- extracción", al formarse justamente al lado del área amigdalár patógena, a modo de un foco séptico.

Cuando la prueba del segundo debe repetirse nuevamente, como en este caso, significa que las amígdalas deben ser eliminadas, en cualquier caso,

debido a su diagnóstico como totalmente patológicas, pero nunca, como lamentablemente sucede con frecuencia, en su forma hipertrófica, cuya patogeneidad remite tras la extracción de las muelas del juicio.

EPICRISIS*: Como se ha descrito, primero se eliminaron las amígdalas, aunque, en este caso, no se podía hablar de amígdalas, ya que eran los restos de antiguas amígdalas, como en el caso descrito anteriormente. Esta situación clínica se diferencia únicamente de la anterior en que, como se esperaba, y como fue demostrado previamente, los dolores de cabeza no remitieron a pesar de la operación de amígdalas. En la primera paciente era preponderante el "factor tóxico-séptico", mientras que en ésta -a pesar del idéntico resultado relativo a las amígdalas- se destacaba el "factor neural", como demostró la prueba desde el principio. Por este motivo, es difícil a veces la eliminación de campos de distorsión, pero en el caso de estos "focos solitarios" o campos de distorsión únicos, con un poco de perspicacia profesional resulta sencillo, especialmente en jóvenes, antes de que sean bloqueados por abuso de medicamentos.

En el caso de nuestra paciente con el "bello diente", se terminaron repentinamente los dolores de cabeza cuando en lugar de tener la muela en la boca la llevaba en el bolsillo como recuerdo.

(* "EPICRISIS": palabra que se refiere a los efectos que se manifiestan posteriores a alguna crisis de cualquier índole. En este caso, posterior a la existencia de una síntoma-patología, que se puede considerar como un modelo de crisis).

DOLORES PARAVERTEBRALES:

PACIENTE: Srta. M.T., 15 años, Lloret de Mar. Desde meses atrás aparecen dolores paravertebrales y de la nuca. Puntos de dolor en vértebras cervicales C2 y C3 positivo, en ambos lados, algo más en el lado izquierdo.

RADIOGRAFÍAS DENTALES: Dentadura exenta de caries, muela del juicio cuyo crecimiento de raíz se halla inconcluso, pero que ya se encuentra en el canal mandibular. Además, principio de osteítis marginal retromolar en rarefacción*.

(* "Rarefacción": que pierde densidad).

TERAPIA: Comienzo de la extracción en el lado en que la vértebra cervical C3 es más sensible el punto de dolor.

EPICRISIS: Tras la extracción, mejora de las molestias, que se repiten tras unos meses. ¿Fracaso?. De ninguna manera, ya que únicamente se había extraído una sola pieza de un lado, mientras que el resultado de las pruebas era idéntico para ambos lados. Esto se repite una y otra vez; a veces este mismo fenómeno se da en las muelas del juicio superiores retenidas o carentes de espacio. Por tanto, los pacientes deben ser informados previamente de que

un campo interferente alcanza al resto de piezas que formen parte de un mismo grupo, en este caso, las del juicio, ya que en caso contrario, y debido al desconocimiento de la materia, podría considerarse como un verdadero fracaso.

Tras la eliminación de las otras muelas, se consiguió la curación.

UN VALIOSO CASO DE ESTUDIO - DERMOPATÍA

NOTA. Las fotografías de la paciente nos fueron facilitadas por los padres, manifestando que: "Para que otros niños no tuvieran que experimentar una tragedia como la de su hija".

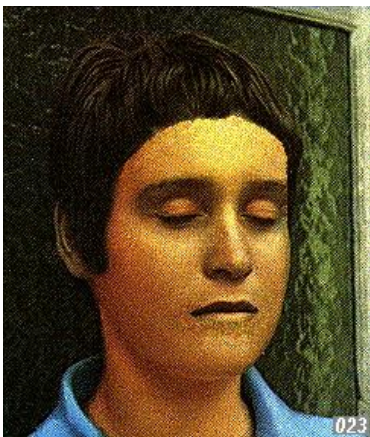
PACIENTE: Srta. Michèle R., 17 años, Neuchâtel (Suiza) (confiada por el Dr. B., de Lloret de Mar, a raíz de su estancia en Lloret, ante el evidente empeoramiento de su enfermedad).



A la edad de 8 años, se presentó en la paciente una dermatopatía de génesis desconocida, suponiéndose, entre otras causas, y por diversos facultativos, una "psoriasis". Se realizaron incontables pruebas y análisis de alergias, que mostraban una hipersensibilidad a las proteínas (según explicación de los padres).

En el transcurso de los años la situación empeoró, ya que se presentaba en oleadas, y se convirtió en un eczema generalizado, con fuertes picores y otras apariciones secundarias.

A pesar de que la familia ya había estado en España en 4 ocasiones con la paciente (en la Costa Brava), su estado durante la estancia en el verano de 1968 empeoró de tal manera que, paralelamente al eczema, aparecieron insomnios y problemas digestivos, y la cara de la paciente parecía casi un "Edema de Quinke" (Médico alemán, 1842-1922). (Imágenes nºs 22, 23, 24 y 25).



TEXTO DE LAS IMAGENES Nº 22 y 23: Enfermedad eccematosa de la piel a causa de campos de distorsión, a la llegada de la paciente a la consulta.

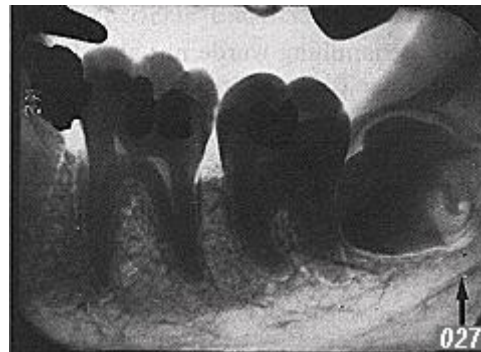


TEXTO DE LAS
IMAGENES N° 24 y
25: Solo una
semana después,
tras un tratamiento
terapéutico neural
como "prueba".



RESULTADO DEL ANÁLISIS Y COMENTARIO: EL resultado clínico odontológico mostraba nada, ya que la paciente tenía una dentadura muy buena, mientras que amígdalas podían considerarse como altamente patológicas, atróficas y enquistadas, con abundante secreción de pus al ejercer presión sobre ellas.

Las radiografías dentales mostraban, además, 4 muelas del juicio retenidas y muy retrasadas en su desarrollo con relación a la edad de la paciente. Estas muelas se encontraban en una posición realmente anormal, directamente junto al canal mandibular (como bien puede observarse en la radiografía: Imágenes n°s 26 y 27), mientras que en el maxilar ejercían presión sobre la cavidad maxilar debido a su posición inclinada. (Imágenes n°s 28 y 29).



DÍAGNOSTICO: Las amígdalas patológicas eran desde su niñez, y, a nuestro juicio, las causantes de la enfermedad de la piel, que sin duda podía englobarse en la clasificación de "Costra Láctea".

(* "Costra Láctea": concreción que resulta de la desecación de la serosidad, sangre o pus, formándose heridas, erosiones, ulceraciones y vesículas, mostrando una textura lechosa).

TERAPIA: Para confirmar estas aseveraciones se practicó un tratamiento muy sencillo, y justamente en el momento en el que la paciente, aparte de sufrir picores infernales, se veía acompañada de insomnio, molestias digestivas, debilidad, etc., se inyectaron algunas gotas de "Impletol"*, sobre las muelas del juicio inferiores, es decir, en la encía y en los polos amigdalares inferiores.

(* "Impletol": se trata de un tipo de anestésico).

El resultado fue convincente: los picores y los síntomas que los acompañaban desaparecieron en primer lugar, y más tarde el insomnio.

Las infiltraciones, que pueden practicarse también con cualquier otro anestésico, con la condición de que no contenga vasoconstrictor, se repetían cada segundo día, con un resultado que no precisa explicación. Las imágenes n°s 24 y 25, tomadas tan solo una semana después, hablan por sí mismas.

Este tratamiento se realizó únicamente a título de "prueba". Antes de su partida, se le entregó el diagnóstico a la paciente, con la recomendación para el médico de que, de presentarse nuevamente la enfermedad, aplicara nuevamente esta terapia.

A continuación transcribo el diagnóstico del Dr. M.H. de Neuchâtel (Suiza), del 17.10.68 (Traducido):

29.8: Eczema subagudo simétrico, perinasal y peribucal. Vegetaciones adenoides y epifaringitis, amigdalitis críptica y purulenta. Examen bacteriológico: Enterococos y estafilococos citreopatógenos. Anestesia periamigdalal con Xylocain 2% y tratamiento local con spray, así como Diribiotine por vía oral.

31.8: Lesiones faciales eccematosa totalmente desaparecidas.

02.9: Extirpación bilateral* de las amígdalas con anestesia local (medicación previa: Neubutal, Fenegan, Acolandol) y resección de las vegetaciones adenoides bajo anestesia según Vinydan. Postoperatorio sin complicaciones.

(* "Bilateral": en esta ocasión, se refiere a ambas amígdalas).

EXAMEN ANATÓMICO-PATOLÓGICO: Amigdalitis crónica, hiperplásica:

Análisis de Sangre:

HB 73% 3 3,73 milmm. Eritocitos 8 200/mm³ Leucocitos

Descomposición:

NNS N. Seg. I 30,5 Eos I,2 Baso I 1,5 Mono I,5 Lympho I,5 Plamo I,0

BSG 5/13

02.10: Eritema simétrico, región supraorbital, derecha e izquierda.

16.10: Epifaringitis y etmoiditis posterior, tratamiento con spray.

Firmado: Dr. M.H.

EPICRISIS: Como podemos observar del diagnóstico del otorrino, se practicó el mismo tratamiento al agudizarse levemente el eczema, con el mismo resultado que durante el primer tratamiento, que sirvió a la vez de diagnóstico.

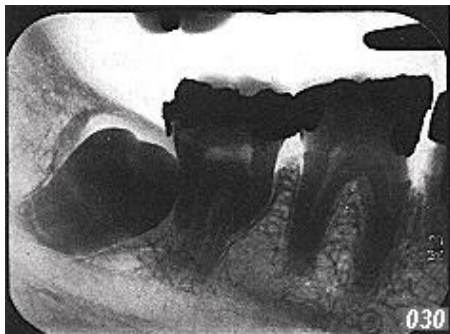
La consiguiente operación de amígdalas, sin eliminar primero el factor neural (muelas del juicio), no solamente curó un proceso enfermizo que

duraba ya más de 10 años, sino que consiguió también un perfecto desarrollo de todo el organismo.

Por lo que respecta a las muelas del juicio impactadas, y lo que ocurría con ellas, es fácil de determinar. Deberán eliminarse en el futuro, por lo que la paciente está ya informada.

UN TRATAMIENTO:

PACIENTE: Sra. Y., 48 años - Neuchâtel (Suiza). Madre de la paciente anterior, se quejaba de sus fuertes dolores de cabeza "de naturaleza desconocida". Bueno, el diagnóstico no fue muy difícil ya que el punto de dolor en la 3ª vértebra cervical era muy positivo



RESULTADO DE LA RADIOGRAFÍA: Una muela del juicio impactada en el mismo lado (Imagen nº. 30).

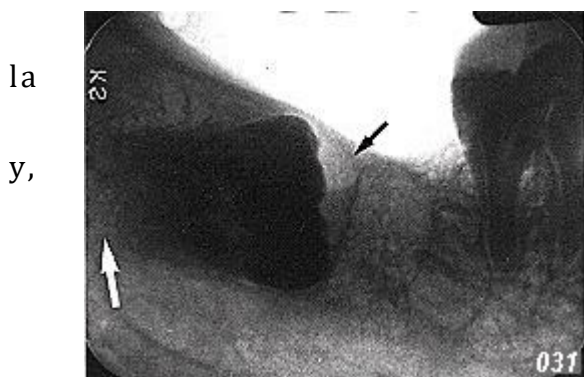
Tras la extracción de esta muela por un estomatólogo de su ciudad de residencia, desaparecieron también los dolores de cabeza. Huelga todo comentario, ya que la radiografía y el resultado son suficientes para mostrar la relación.

AFONÍA TRAS HABLAR PROLONGADAMENTE:

PACIENTE: E.P., 45 años. Notario. El paciente, desde hacia años, venía padeciendo de una ligera irritación en las cuerdas vocales que, debido a su profesión y, consecuentemente, a la necesidad de hablar continuamente, se convertía fácilmente en afonía; Fue operado de amígdalas por este motivo.

El éxito logrado fue escaso y por tanto le extrajeron el 2º molar para que la muela del juicio impactada tuviera espacio. Tampoco esto le trajo una mejoría.

Como se puede apreciar en la radiografía (Imagen nº 31), es imposible que la muela pueda modificar su posición, añadiéndose una osteítis marginalis, es decir, campos de distorsión en el mismo lugar por presión sobre el canal mandibular, más zona séptica.

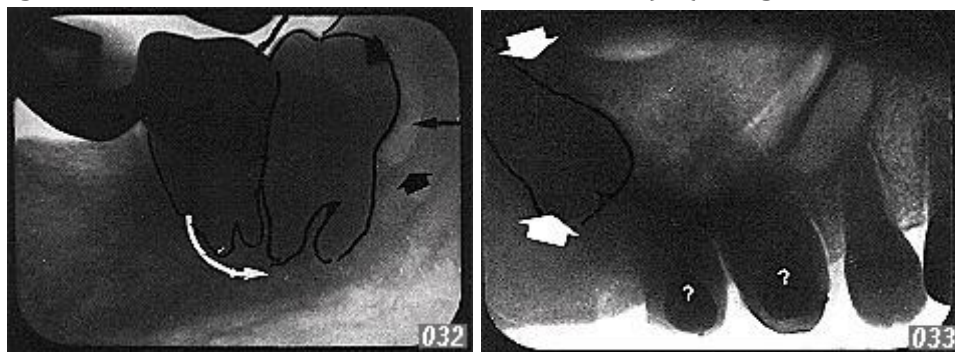


TERAPIA: Fue muy sencilla. Se retiró muela impactada, con lo que se eliminaron los dos campos de distorsión, consecuentemente, la irritación de las cuerdas vocales con afonía. (Periodo de observación: 12 años).

LA MISTERIOSA CIÁTICA:

PACIENTE: Dr. R.S., 64 años. Abogado. Madrid. (Transferido por el Dr. P.P.) Aquí había dos factores característicos; por una parte, una ciática misteriosa -así la nombraban los especialistas, según decía el paciente- porque se resistía a cualquier terapia; y, por la otra, molestias tróficas que eran interpretadas como "precancerosas" porque no mejoraban a pesar de todas las terapias utilizadas.

Resultado de la radiografía estomatológica, en el sentido de los campos de distorsión: 4 muelas del juicio impactadas o retenidas (sólo se obtuvo radiografía de un lado -se ha sobrerotulado-). (Imágenes nº s 32 y 33).



TERAPIA: Consistió en la eliminación de las muelas del juicio inferiores, con lo que se curó la "ciática misteriosa".

Transcurridos dos años, aparecieron nuevamente ligeras molestias, por lo que eliminamos también las muelas del juicio superiores, tras lo cual desaparecieron todas las molestias, incluidas las de la cavidad bucal (tiempo de observación: 9 años).

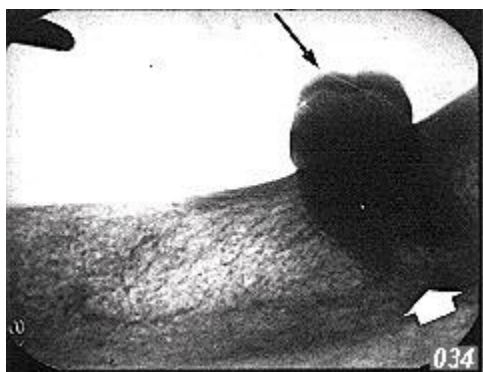
Este caso es especialmente "valioso", ya que se trataba del presidente de una fundación millonaria dedicada a la investigación.

ALOPECIA - NEURITIS:

PACIENTE: H.H., 65 años. Jardinero. Lloret de Mar.

ENFERMEDAD: Alopecia areata - "Neuritis regio temporalis". Maxilar sin dientes; en el mandibular faltan premolares y molares. Del lado izquierdo sólo subsiste la muela del juicio.

RADIOGRAFÍA DE SU ESTADO DENTAL: En el maxilar izquierdo, osteítis (el paciente nos indica que hace años le fue practicada una extracción muy difícil).



TEXTO DE LA Imagen nº 34: mandibular izquierdo: muela del juicio con línea paradental difusa; muestras de una oclusión traumática (sobrecarga).

TERAPIA: En primer lugar, se eliminó la osteítis en el maxilar desdentado que, sin embargo, al curar, no produjo mejoría de la neuritis y tampoco de la alopecia.

COMENTARIO: A pesar de no ser muy frecuente, existe una "vía refleja"; una "línea" que parte de la muela del juicio inferior hacia el ámbito

supraorbital*. En este caso, esta línea discurriría directamente a través de la zona de la alopecia y del dolor.

(* "Supraorbital": el área superior de la órbita del ojo).

En base a esto, se extrajo la muela del juicio, cuya raíz mostraba corrosión en la superficie. No realizamos la extracción al mismo tiempo que la operación de osteítis, ya que queríamos observar de qué manera actuaba ésta, dado que se encontraba exactamente en la mencionada zona de dolor. Tan sólo la extracción trajo una repentina mejoría del dolor, y, tras algunos días, en la zona calva aparecieron algunos pelillos blancos, que poco a poco fueron adquiriendo su color natural.

Solamente a título de curiosidad, citaremos el caso de J.C., de 64 años, con alopecia total, con una dentadura totalmente destrozada a causa de enfermedades paradontósicas, tras cuya extracción el paciente recuperó un pelo negro y tupido que conservó hasta su muerte, diez años más tarde, por carcinoma de próstata. Lo he explicado sólo como "curiosidad".

REUMATISMO EN LAS ARTICULACIONES:

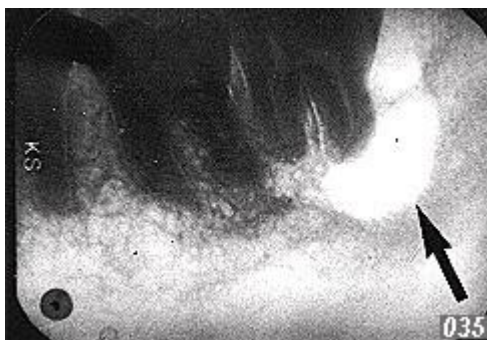
Si en el caso anteriormente citado, en la imagen nº 34, predominaba el factor neural, en la imagen nº 35 podrán ver claramente cómo en un mismo punto se potencian dos factores: por un lado, el factor neural (falta de espacio) y, por el otro, la extrema destrucción del hueso maxilar (séptico-tóxico), en una dentadura con 32 dientes sin patología alguna, o sea, perfecta en su aspecto clínico.

PACIENTE: J.V., 35 años. Barcelona. Durante años, paulatina disminución de la capacidad de movimiento en todas las articulaciones -tratada con los conocidos preparados "antirreumáticos", sobre todo con corticoides, además de presentar una debilidad generalizada.

Las radiografías mostraban esta increíble destrucción a ambos lados: en este caso, ya no se puede hablar de bolsas retromolares.

La terapia consistió en la eliminación de estas dos muelas y en el legrado* del hueso afectado A causa del tratamiento farmacológico "bloqueante" precedente, la mejoría se produjo lentamente hasta completarse. Seguramente es un caso de estudio muy interesante, al darse las condiciones perfectas de la boca en el sentido clínico.

(* "Legrado": operación de raspado del hueso con el instrumento denominado "Legra").



UN CASO DE ESTUDIO NEURAL-TERAPEÚTICO:

PACIENTE Srta. C.C., 22 años. Lloret de Mar. La paciente venía padeciendo desde algunos años de ataques semejantes a migrañas que duraban hasta 3 días, con toda la sintomatología típica que las acompaña. Debía pasar esos días en completa oscuridad, en cama, con una palidez total y fuertísimas cefaleas.



Las exploraciones realizadas en otros lugares no ofrecían resultados que permitieran localizar un criterio de partida etiológico.

El análisis odontológico no mostraba nada, ya que la paciente no tenía caries. Las radiografías dentales mostraban muelas del juicio impactadas (Imagen nº 36).

PRUEBAS NEURAL-TERAPÉUTICAS: Para establecer un claro vehículo entre causa y efecto, realizamos las siguientes pruebas:

-1ª Prueba: en la aparición de los ataques, se efectuó una infiltración de Impletol en la encía que cubría la muela del juicio inferior derecha, y algo distal (el correspondiente punto doloroso a la presión en la vértebra cervical 3 era positivo).

La prueba del segundo funcionó, el éxito fue de un 100%; la palidez desapareció inmediatamente y, asimismo, las cefaleas; por ello, la paciente pudo llevar una vida normal. Esta inyección sirvió a la vez de terapia, ya que la paciente no sintió molestias en casi un mes.

-2ª Prueba: al repetirse el ataque se inyectaron en el mismo lado 1ml. de Procaína*, de forma paravenosa e intravenosa. Resultado: 0 (algunos teóricos manifiestan que es la Procaína, por efecto general.)

(* "Procaína": una clase de anestésico).

- 3ª Prueba: Tras unos minutos de espera y a la vista del resultado negativo de la inyección intravenosa, se volvió a infiltrar sobre la misma muela.

RESULTADO: La palidez y los dolores desaparecieron repentinamente de nuevo por espacio de un mes.

- 4ª Prueba: Al reaparecer las molestias, se inyectó en el polo amigdalario, en el mismo lado.

RESULTADO: Primero 0, tras algunos minutos positivo.

¿Por qué? Ello fue debido a la proximidad entre el polo amigdalario y la muela del juicio. El preparado inyectado se difundió y, por tanto, llegó hasta la inervación del campo de distorsión dental. Tras esta confirmación de la "relación" existente, se extrajo la muela, por lo que la paciente se mantuvo sin molestias durante 4 meses. Transcurridos éstos, las molestias volvieron, ya que se mantenía un campo de distorsión, una muela impactada en el otro lado. Se realizó de nuevo el mismo tratamiento, con el mismo resultado descrito anteriormente.

Esta prueba permitió apreciar claramente las relaciones existentes, "el saber donde".

(*Ya se ha comentado que en las muelas del juicio -generalmente son cuatro-, e igualmente ocurre con los demás grupos de dientes, el campo interferente puede sintonizar con el resto de las tres piezas restantes de cada grupo de cuatro -dos en ambos lados del maxilar, más dos en ambos lados del mandibular-, produciendo el fenómeno que Adler denomina como "reacción en cadena").

SOSPECHA DE GLIOMA - CEFALGIAS AGUDAS:

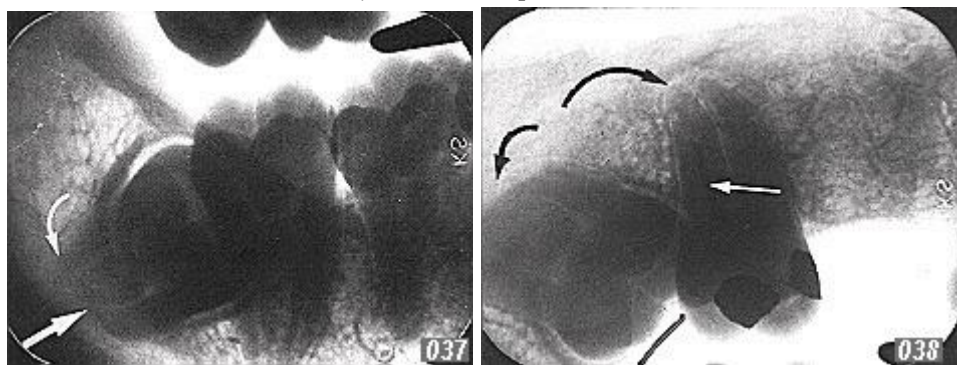
PACIENTE: Sra. E.M., 35 años, Tossa de Mar (enviada por el Dr. B). Unos dolores de cabeza fortísimos hacían imposible llevar una vida normal a la paciente. El tratamiento del especialista no trajo mejoría.

VÉRTEBRAS CERVICALES: Una osteocondrosis muy avanzada con relación a la edad de la paciente se contemplaba, entre otras, como causante.

ELECTROENCEFALOGRAMA: Con característica bioeléctrica que se manifiesta en una irritación mesodiencefálica suave pero significativa, sin características específicas de una disritmia convulsiva.

EXPLORACIÓN NEURO-FOCAL: Cavidad bucal sin resultados. La palpación de las vértebras cervicales muestra en la 2ª y 3ª- vértebra unos puntos dolorosos muy acusados a la presión, especialmente a la derecha.

RADIOGRAFÍAS INTRAORALES: Abajo, a la derecha, una muela del juicio impactada (Imagen nº 37). Abajo, a la izquierda, lo mismo; además, 2º molar con raíz incompleta y con osteítis apical difusa (Imagen nº 38). Asimismo, en el maxilar, dos muelas del juicio desplazadas.



PRUEBAS: A pesar de que en estos casos no es necesario realizar pruebas sin antes haber eliminado previamente estos campos de irritación, realizamos una infiltración sobre estas dos muelas para situar a la paciente en mejor predisposición física y psíquica, pero sin éxito al 100%. Tras ello, se realizó la operación, que también nos explicará el por qué aquí no se produjo un fenómeno al segundo.

OPERACIÓN: Ésta se efectuó bajo anestesia (Cirujano Dr. E.P., Barcelona), y, de momento, únicamente en el lado derecho, a pesar de que el resultado de la radiografía indicaba un peor estado en el lado izquierdo, ¿Por qué?: porque el punto doloroso a la presión mostraba mayor sensibilidad en el lado derecho.

El éxito de la operación confirmó nuestro diagnóstico. Los fuertes dolores de cabeza desaparecieron precisamente porque esta muela derecha era, de momento, la causa. Si se hubiera empezado por el otro lado, que estaba peor a causa de la muela desvitalizada, se hubiera llegado a una provocación, hubiera sido un fracaso y la paciente, que ya estaba desmoralizada a causa de los ineficaces tratamientos anteriores, no se hubiera sometido fácilmente a una nueva intervención.

Aún queda una pregunta: ¿por qué no se logró en este caso un fenómeno al segundo del

100%?. La respuesta está seguramente en los resultados que nos presenta el operador. La muela había empujado, durante el crecimiento de su raíz, la laminilla ósea superior del canal mandibular, de manera que éste estaba abierto (cosa no muy frecuente). En una radiografía craneal puede verse cómo la raíz se sitúa un poco en el canal.

La paciente se mantuvo cuatro meses sin molestias, exceptuando algunas pequeñas anomalías, que deben relacionarse con los componentes tóxicos del segundo molar. Éste se eliminó en su momento junto con la muela impactada, y con ello las cefalalgias y las otras molestias secundarias. Debemos mencionar que la muela del juicio izquierda, en la radiografía casi similar a la derecha, no estaba en conexión con el canal mandibular.

Seguidamente, se extrajeron también las muelas del juicio superiores desplazadas.

Cuantas penalidades se podrían prevenir o atenuar si pensáramos en estos campos de distorsión tan peligrosos y los elimináramos a tiempo.

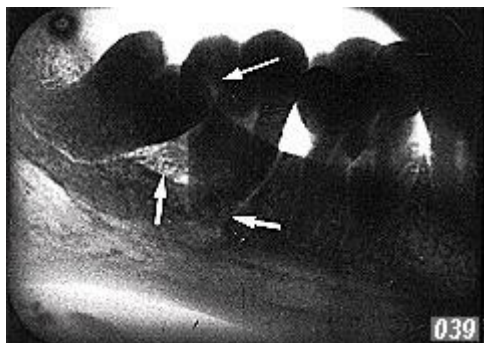
UNA DERMOPATÍA "PENOSA":

PACIENTE: Sra. A.F., 35 años, cocinera, Barcelona (actualmente en Lloret). La enfermedad era un eczema incurable en la nariz, de manera que, ¡pobre paciente!, su semblanza recordaba a la cara del clásico payaso.

Dado que anteriormente había trabajado de cocinera en casa de un dermatólogo, se le habían aplicado todos los remedios posibles, empezando por nieve de CO₂ y pasando por todo tipo de pomadas, pero sin éxito. Por tanto, cambió de casa, cosa muy comprensible.

Un examen puramente odontológico resolvió el problema en unos momentos. Se trataba de una muela del juicio ladeada, que, a causa de su presión, durante la erupción destruyó el 2º molar, que estaba desvitalizado y gangrenoso; además, se formó alrededor de la muela del juicio una osteítis marginal, y bajo el segundo molar una rarefacción, es decir, tres peligrosos campos de distorsión unidos. No en balde se dice que la unión hace la fuerza; así también en los campos de distorsión. (Imagen nº 39).

TERAPIA: Bueno, ésta fue muy sencilla. Se extrajeron las dos muelas culpables, se eliminó, asimismo, la zona osteítica y en pocos días la paciente



era nuevamente feliz porque había perdido su cara de payaso, y su patrona de cocina también, porque no es una satisfacción el tener un eczema tan grave cerca de ollas y platos.

TEMPERATURAS SUBFEBRILES – NEFRITIS*:

PACIENTE: Sra. C.B., 30 años, comerciante, Lloret de Mar. Enfermedad: nefritis. La paciente llevaba un mes en cama sin experimentar mejoría a pesar de todas las terapias practicadas.

(* “Nefritis”: inflamación del riñón).

Como ya disponíamos de una radiografía (Imagen nº. 40), alertamos a la familia sobre las posibles conexiones, dado que, aparte del factor neural (presión canal mandibular), se establecía un factor séptico por la comunicación de una muela impactada con la cavidad bucal, o sea, dos campos de distorsión que se potenciaban.



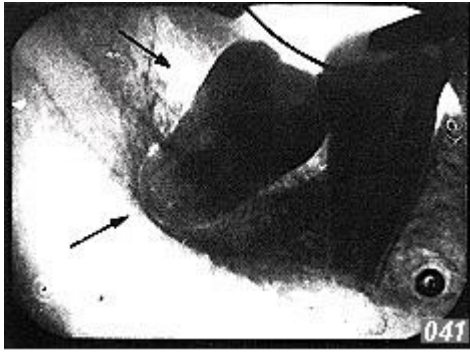
TERAPIA: La eliminación de los mencionados elementos de esta zona puso fin, en unos días, a las temperaturas subfebriles, así como a la nefritis. Periodo de observación: 26 años.

Sería conveniente mencionar que la paciente fue tratada por un especialista afamado, el cual, a causa de su ignorancia en los factores descritos, trató la enfermedad de acuerdo con su diagnóstico local, sin tener en cuenta la etiología. La curación era, por tanto, imposible hasta no haber eliminado el factor causal.

AMIGDALITIS RECIDIVANTE:

La radiografía de la muela del juicio inferior, con su profunda bolsa marginal, muestra con especial claridad cómo -me atrevería a afirmar incluso- el cuerpo intenta expulsar este peligroso campo de distorsión. Este mecanismo natural se da con frecuencia; sin embargo, todavía merece poca atención "porque no duele", a pesar de que muy a menudo es la causa de una amigdalitis crónica. La resección de las amígdalas produce una mejoría momentánea, pero la faringitis y otras molestias perduran.

PACIENTE: V.P., 26 años, conductor de camión, Blanes. Debía ser operado de amígdalas a causa de una amigdalitis recidivante, además de presentar las clásicas concomitancias en la nuca -dolores hasta la región occipital-. La consulta previa mostraba el diagnóstico visible en la radiografía. (Imagen nº. 41).

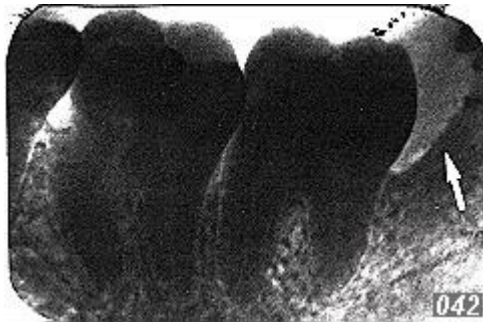


La extracción y el legrado de la osteítis difusa "normalizaron" las amígdalas. En el caso de un diagnóstico como éste, debe comenzarse siempre con la eliminación de la muela, se llame la terapia como quiera. Se conjugan aquí el factor séptico (profundas bolsas sépticas) con el factor puramente neural (falta de espacio igual a presión), es decir, factores que se potencian.

DOLORES DE ESPALDA:

PACIENTE: J.M., 30 años, fabricante, Hostalrich. Fuertes dolores de espalda sin localización exacta desde hacía meses. Las molestias fueron tratadas, como de costumbre, con analgésicos y cremas antirreumáticas, sin resultados positivos.

La exploración de la cavidad bucal muestra visible en la radiografía (Imagen nº. 42) una profunda bolsa retromolar, así como una muela del juicio carente de espacio (cubierta aun parcialmente por la encía).



TERAPIA: Tampoco en este caso existe una solución de compromiso mediante eliminación de la bolsa, sino únicamente la extracción para hacer desaparecer la "tensión", más la zona séptica, lo que se hizo.

En el periodo de observación de 15 años no hubo reincidencia y, por tanto, conseguimos una curación total.

SÍNDROME CERVICAL IZQUIERDO:

COMENTARIO: Cuando el paciente es un médico, el historial clínico dobla su valor, porque, honestamente, ¿quién, en tal circunstancia, no habrá probado y aplicado todos sus conocimientos facultativos?

PACIENTE: Dr. H., 60 años, Baviera. Síndrome cervical, con mucho dolor. Esto es todo; es decir, la terapia de la medicina tradicional alópata fue inútil.

LA EXPLORACIÓN NEURO-FOCAL MOSTRABA LO SIGUIENTE: El punto, a la presión, en la 3ª vértebra cervical era especialmente positivo (doloroso). Se trataba, pues, del lado en que el paciente sufría los más frecuentes dolores en la nuca.

RADIOGRAFÍAS: Muela del juicio situada demasiado próxima a la rama maxilar ascendente, en posición normal (como en el caso precedente).

CONCLUSIONES: En primer lugar, se le recomendó al colega la extracción de esa muela; además, su esposa era estomatólogo.

Hasta aquí nuestro diagnóstico con relación a sus dolores (de otras fuentes le fueron aconsejadas otras terapias). Al cabo de un año recibimos las siguientes noticias desde Italia:

"Al bañarme, esta vez en el Adriático, me vuelve a la memoria con qué gentileza criticó Vd. mi muela del juicio. Tenia Vd. -como siempre- razón. Fuera muela, fuera molestias.

Con un agradecido saludo

Su Dr. y esposa"

Bueno; las curaciones, esta vez confirmada por un conocido médico, son muy elásticas, es decir, cuando el factor tiempo tiene la palabra; y esto es muy difícil de enjuiciar. Cuando el paciente viene al cabo de los años buscando un diagnóstico y una terapia, tras haber "tragado" cientos y cientos de píldoras, bloqueando así su sistema de defensa, entonces ya no es tan sencilla la curación. Por tanto, todo depende del "tiempo". Esto me recuerda los informes meteorológicos alemanes en verano, o la vida de muchos matrimonios: "primero despejado, luego nublado, más tarde chubascos y tormentas". Así también puede ser el éxito de las terapias en la eliminación de los campos de distorsión.

HEPATITIS Y SÍNDROME CERVICAL:

PACIENTE: T.C., 30 años, empleado de telefónica. Barcelona.

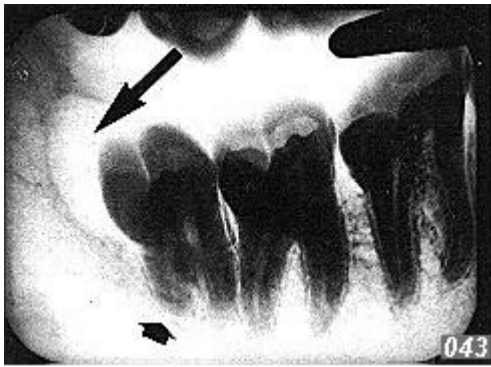
Este historial clínico se aparta un poco de lo común y nos muestra, sobre todo, que aún queda un largo camino por recorrer hasta que el concepto de enfermedad sea visto de otra manera, que la que actualmente prevalece en la medicina académica o científica. Con ello queremos decir: primero, buscar la causa, y luego aceptar la enfermedad como la ve el patólogo en su estado final, o sea, darle un nombre.

Este paciente fue tratado en los más diversos centros a causa de su hepatitis; naturalmente, se realizaron todos los análisis clínicos, pero de esto nos enteramos más tarde.

FUE ASÍ: Cuando este empleado de teléfonos se hallaba sentado arriba en un mástil trabajando para nosotros, en una instalación, nos dimos cuenta de que, para mirar hacia un lado, al no poder mover solo la cabeza, debía girar cada vez todo el cuerpo.

Cuando volvió al suelo, y movido por mi interés, le palpé las vértebras cervicales, pudiendo comprobar puntos dolorosos a la presión. Antes de que marchara, tras esta improvisada visita le invité a una cerveza, pero este paciente "bajado del cielo" declinó argumentando que, a causa de una afección hepática, no podía tomar bebidas alcohólicas y que por causa de ésta ya le habían aplicado 75 inyecciones y había tomado 300 pastillas, pero nada parecía ayudarle.

Le pedí que me acompañara a mi consulta para hacerle algunas radiografías y aceptó "gentilmente". Éstas mostraban una dentadura sin caries ni empastes, únicamente, y a través de una ligera capa de membrana mucosa, se podía apreciar la muela del juicio, que se encontraba



faltada de espacio, y, detrás, una gran destrucción del hueso causada por una pericoronitis crónica (Imagen nº. 43). En la radiografía se ve muy bien cómo la muela del juicio presiona sobre su vecina.

TERAPIA: Eliminamos este peligroso campo de irritación y, tras cuatro días, me dijo el empleado: "Hoy ya me puede invitar a una cerveza, mis molestias hepáticas han desaparecido y ya puedo girar la cabeza".

Estas no son curaciones milagrosas, o casos excepcionales, sino que se trata de un hecho completamente normal, porque si el cuerpo no "contestara" a esta gran zona pútrida y al factor puramente neural de la presión, entonces toda nuestra fisiología estaría equivocada.

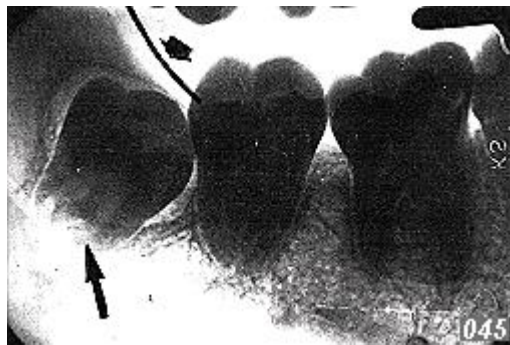
En ocasiones, vemos las más asombrosas y distintas patologías a pesar de proceder de un mismo modelo de campo de irritación. Aparte de que pueden existir las llamadas "conexiones energéticas" con los diferentes órganos, a nuestro juicio, juega un importantísimo papel la predisposición, el posible daño causado, el trauma, etc.

SÍNDROMES CERVICALES: PACIENTE: N.N., 30 años, periodista, Madrid.



Aquí, radiológicamente (Imagen nº. 44), se presenta la misma situación que la observada en la Imagen nº 43, del anterior caso clínico, pero, aparte del síndrome cervical (padecido por gran cantidad de pacientes con este mismo resultado radiológico), existían vagos dolores de cabeza y diversas pequeñas molestias más, que desaparecieron una vez eliminado este campo de irritación.

PACIENTE: Sra. PP, 20 años, Lloret de Mar. Hay poco que decir sobre esta paciente, ya que, aparte del síndrome cervical que se manifestaba especialmente al realizar labores, no tenía otras molestias. Tras la extracción de la muela del juicio inferior (Imagen nº. 45), desaparecieron los dolores, a pesar de que al realizar sus labores se inclinaba hacia delante. Pero volvieron, ya que del otro lado aún no había sido eliminada la muela. Tras la supresión de la muela, desapareció el campo de irritación, y, en consecuencia, desaparecieron los achaques.



El paciente debe ser informado desde el principio sobre estas posibles reacciones, consecuencia de no haber sido eliminados todos los campos irritativos en un mismo acto, ya que las molestias, o bien pueden no desaparecer o, simplemente, de haberse disipado en un primer momento, pueden luego reaparecer, lo que podría ser fácilmente interpretado como un fracaso.

TRASTORNOS AL ANDAR:

PACIENTE: Sra. S., 60 años, Tossa de Mar. Aparte de leves síntomas poliartríticos, el centro de gravedad de la enfermedad se hallaba en los trastornos motores de la pierna derecha. Esta paciente nos fue enviada antes de serle practicada cualquier terapia.

La radiografía dental (Imagen nº. 46) mostraba una muela del juicio retenida en el mismo lado del dolor. La extracción trajo una rápida mejoría, que permaneció. Aquí, en primera línea, nos hallábamos frente a un factor neural por falta de espacio*.

(* "Falta de espacio": fenómeno antropológico que se refiere a la



modificación de las dimensiones del cráneo a lo largo de la historia, manifestada también por una significativa disminución de los huesos maxilar y mandibular, dándose la circunstancia de que las piezas dentales casi no han modificado sus proporciones, lo que ocasiona una evidente falta de espacio en este lugar anatómico, fenómeno que da origen a la compresión dental).

¿CUÁL ES EL DIAGNÓSTICO?:

Bueno, en este nuevo caso todavía no ha sido aclarado hasta hoy, pero sí la enfermedad, que, no era una enfermedad en sí, sino únicamente la reacción del sistema nervioso al campo de irritación. De todos modos, no era algo usual. Fue muy difícil sobre todo dar con algún diagnóstico etiológico, ya que se trataba de un hombre joven, muy robusto y fuerte, sin puntos de referencia en su historial clínico y sin haber estado enfermo.

PACIENTE: J.A., 18 años, estudiante. Los síntomas eran los siguientes:

Perdía de cuando en cuando las fuerzas en ambas piernas, especialmente jugando a la pelota con los compañeros de la escuela; caía al suelo y debía permanecer algunos días en cama, donde se recuperaba completamente, hasta que, sin causas evidentes, le volvía a suceder lo mismo.

El examen realizado por un especialista, aparentemente, no mostraba nada especial, y se explica a los padres que seguramente habría que practicar alguna intervención quirúrgica en la columna vertebral (injerto de astilla ósea en el segmento por compresión). Consultados por los padres del paciente, les rogamos que viniesen con el joven para realizar una exploración neuro-focal, que dio el siguiente resultado: detectamos puntos de dolor muy sensibles en la segunda vértebra cervical, y especialmente fuertes en la tercera vértebra, muestra de una clara situación patológica en el mandibular.

RESULTADO DEL RECONOCIMIENTO OCULAR ODONTOLÓGICO: Sin pronóstico patológico. Dentadura sin caries.

RADIOGRAFÍAS INTRAORALES: 4 muelas del juicio desplazadas. Significativas de patogénesis.

TERAPIA: En primer lugar, se extrajeron las dos muelas del juicio inferiores, ya que éstas presentan frecuentemente una relación con las extremidades inferiores. La intervención obtuvo un éxito del 100%. Una vez cicatrizadas las heridas, el joven podía jugar al fútbol el tiempo que quisiera sin que se presentaran molestias en las piernas.

COMENTARIO: Desde el punto de vista puramente mecánico, existe, mediante la dinámica de la columna vertebral, una conexión entre las vértebras cervicales y las lumbares; un "cambio" en uno de estos dos puntos puede ejercer una influencia patológica sobre el otro. De ello dan fe también las mejorías temporales obtenidas mediante la llamada "terapia manual" (quiropría). En el presente caso, se trataba, sin duda alguna, de este fenómeno de equilibrio de la columna vertebral. Los dolores desaparecieron para siempre, y sin operarse de columna.

(* Pasado el tiempo, el mismo Dr. E. Adler terminó aconsejando desde un principio a sus pacientes la extracción de todas las muelas del juicio, dado que, a la larga, siempre terminan dando problemas).

GASTRITIS:

PACIENTE: J.Av., 25 años, carnicero, Blanes. Paciente de naturaleza particularmente fuerte, padecía desde hacia años de una gastritis que no respondía a ninguna terapia.

La radiografía (Imagen nº. 47) permite la observación precisa de algunas particularidades.

Por una parte, una "bolsa" séptica marginal de un cordal*, e, inmediatamente debajo, se apreciaba una condensación del hueso, señal de una buena reacción defensiva: el organismo quiere impedir la invasión mediante una densificación. Pero, además, vemos la muela directamente junto (en

contacto) al canal mandibular, en la zona de irritación, o sea, un campo netamente neural. En este caso, damos mayor importancia a los efectos patogénicos de éste último, a pesar de que ambos se potencian. (* "Cordal": muela del juicio).



La extracción produjo una mejoría repentina, que permaneció y que pudimos observar durante 20 años. De manera que nuestra suposición no fue pura teoría, sino que se vio confirmada por el éxito. La reacción, la predisposición o el "locus majoris reactivans" de cada individuo, son un mundo aparte. Y para nosotros, lamentablemente, siempre tratamos con el "saber dónde".

Pero aquí se hace necesaria una explicación: en el caso citado, así como en cientos de otros, el paciente es informado sobre el "posible efecto"; no se le promete nada, sino que, como ya indicamos en otro apartado, se le aclara que se trata de un campo de irritación (espina irritativa -aquí en España-). Además, que con la extracción de la muela no perderá nada, sino que se beneficiará. Nunca vimos a un paciente que no pidiera, de por sí, que se eliminaran estos campos de irritación lo antes posible, o ¡al momento!. Quizá sea ésta la diferencia entre nosotros y las grandes clínicas, donde el paciente es enviado de un lugar a otro y, finalmente, ya no sale nada y, como máximo, acaba riendo porque le ha sido extraída una muela a causa de tal o cual enfermedad. El paciente debe saber lo que puede esperar: entonces no habrían fracasos. Esto, naturalmente, requiere tiempo y contacto, y de esto precisamente cada vez hay menos.

UN DOLOR DE CABEZA "IMPOSIBLE":

Cuando vemos la gran cantidad de pacientes aquejados de dolores de cabeza, cuyos motivos son a veces muy fáciles de hallar, uno se pregunta: ¿cómo es posible que estas causas sean tan escasamente conocidas? (Y no solamente ocurre aquí en este país, ya vemos a pacientes de todo el mundo en igual circunstancia. Por esto, resulta incomprensible toda esta situación).

En el libro de bolsillo "MMW Dolor de cabeza 1.975 - Contribuciones al estado actual de las investigaciones sobre el dolor de cabeza desde el punto de vista internacional e interdisciplinar" (Oteo Sapos, Munich), el ámbito maxilar se menciona en algún apartado, pero, en general, no se le presta mayor atención. Sobre todo, el contenido trata sobre los síndromes cervicales, aspectos locales, sin considerar su estrecha relación con el ámbito maxilar y de las amígdalas. Especialmente, y en el caso de dolores de cabeza en jóvenes, no se considera el factor neural provocado por la presión de las muelas del juicio. Esto es válido hasta para muchas clínicas dentales.

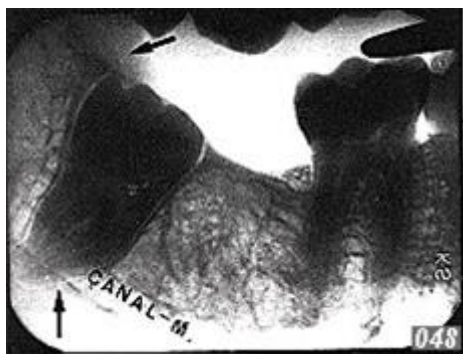
En el transcurso de estas explicaciones, damos algunos ejemplos; pero sirva éste relatar la tragedia de estos pacientes:

PACIENTE: Sra. A.J., 29 años; Madre de dos niños. Barcelona.

Desde la edad de 22 años viene padeciendo de ligeros dolores de cabeza, que fueron tratados con los métodos tradicionales. No se conocía ninguna enfermedad específica; cualquier diagnóstico expresaba: "Sin resultado".

Pero en el transcurso de los años, el dolor aumentó de tal forma que se probaron todos los remedios contra el dolor de cabeza, a los que cada vez reaccionaba menos, y que, además, provocaban síntomas secundarios. Uno de estos remedios, en polvo, era el más eficaz, pero, desgraciadamente, un frasco, presentación original, le duraba solo tres días (normalmente 8- 14 días, tomando a diario).

La paciente, que ya no podía vivir sin este medicamento, consiguió que el fabricante, cuyo laboratorio se encontraba en la vecindad, le suministrara estos polvos envasados en recipientes de gran tamaño para mermelada.



La solución fue esencialmente sencilla, ya que en la boca solo encontramos dientes sanos, sin caries y sin empastes, pero, no obstante, en las radiografías se hicieron visibles dos peligrosos campos de irritación (Imágenes nºs. 48 y 49). Se trataba de dos muelas del juicio; mediante una inyección sobre la muela de la izquierda, que se encontraba desplazada, los dolores cesaron por algunas horas; además, el punto doloroso en la vértebra cervical 3ª era extremadamente positivo.



Tras estos resultados, le recomendamos que se dejara extraer primero esta muela.

RESULTADO: Cuando se levantó de la silla de operaciones, esos terribles dolores de cabeza habían desaparecido... y se repitieron a los tres meses. ¿Fracaso? ¡De ninguna manera! En el otro maxilar se encontraba todavía la otra muela, retenida, en posición vertical, a pesar de que el molar anterior ya le había sido extraído años antes. Aquí se aprecia también, como es costumbre, que es un "fallo técnico" buscar la solución mediante extracción del molar anterior.

También se aprecia claramente en la radiografía cómo las raíces de estas muelas se encuentran en íntima vecindad con el canal mandibular; en la parte superior de la corona distal, la dura cortical comprime la muela, que se encuentra parcialmente situada en la rama ascendente.

RESULTADO FINAL: tras la eliminación de este campo de irritación, la paciente se liberó definitivamente de sus terribles dolores de cabeza, y de su frasco de mermelada con medicamentos.

¿No les da qué pensar este caso?. ¿El dolor de cabeza es un diagnóstico?. ¿No seremos nosotros mismos que, lentamente, convertimos a los pacientes en casos incurables a causa de la ignorancia de que sí existe un diagnóstico etiológico dental? ¿Quién será entonces el médico que, continuando esta terapia puramente sintomática, cure a estos pacientes, cuando ya se hayan presentado daños irreversibles en el hígado, en los riñones, etc.?. Esto seguramente nos da a pensar -ya que no se trata de casos aislados, que por tanto serian irrelevantes- que son miles y miles los casos que se están dando continuamente. Naturalmente, ésta es solamente una de las muchas causas de los problemas en la salud de todos, como ya indicamos al principio, de las que existen muchas ignoradas todavía.

LOS INCURABLES, CURABLES:

Aunque este título parezca una contradicción, en muchos casos es así. Estas explicaciones no han de ser meramente teóricas sino que, basándonos en dos ejemplos, pueden confirmar lo que en muchos otros casos son hechos fehacientes.

Cada médico trata en su consulta a dos tipos de pacientes. Los unos vienen con molestias bien definidas -al menos momentáneamente-; los otros, con un repertorio que podría llenar medio atlas patológico.

En el caso de estos últimos, procedemos principalmente de la siguiente forma: como la mayoría de estos pacientes -que conforman el mayor contingente- ya están aquejados de una psicosis de enfermedad (causas: incontables medicamentos sintomáticos -sin resultado en el sentido positivo- y de las más variadas especialidades médicas), les sugerimos, que, con toda la calma, y en su casa, nos apunten en un papel todo lo que tuvieron y tienen.

Esta hoja se adjunta a la ficha médica y, frecuentemente, debido a su extensión, no es leída, ya que nuestra tarea consiste en localizar los campos de irritación y no en prescribir una terapia para una enfermedad "en particular" (a excepción, naturalmente, de los análisis que nos traen o que nos son transferidos, diagnósticos médicos, etc.).

Tan pronto concluye la exploración, se informa al paciente sobre el campo de irritación, en el sentido de que éstos tienen que ser eliminados primero, tanto si guardan relación directa con la enfermedad como si no. Naturalmente, se trata aquí de campos de irritación totalmente asegurados. No se trata de una eliminación por el sistema de la margarita, me quieres..., no me quieres. ¡Así no!

También le decimos al paciente cuando todo está limpio -si podemos hablar en estos términos-; de esta forma, podrá establecerse con más detalle el origen de tal o cual enfermedad.

Queremos comentar aquí también que, en este sentido, nunca hemos tenido fracasos, ya que el paciente sabía de lo que se trataba, y, por otra parte,

cuando se eliminan los agentes nocivos séptico-tóxicos, hay pocos pacientes, por no decir ninguno, que no experimente mejoría.

¿Y la consiguiente provocación, activación de otros focos, con los momentáneos empeoramientos que originan?

Precisamente aquí radica otra de las ventajas de este procedimiento, y por el siguiente motivo, que el paciente debe conocer perfectamente, ya que en caso contrario podría interpretarse como un fracaso. Tienen que anotar todas las reacciones que experimentan. Esto nos servirá de orientación para detectar los focos secundarios, o quizás primarios, existentes. Tras este breve prólogo, veamos algunos ejemplos prácticos.

PACIENTE: Sra. C.C., 47 años, ama de casa. Sus síntomas no los especificamos, ya que son tan largos que podrían llenar todo este libro. No había un lugar, de cabeza a pies, que no estuviese afectado. Además, la paciente se repite tanto, que no podemos corregirla cuando olvida algún detalle. Prácticamente una "incurable".

El análisis estomatológico no muestra nada; una boca cuidada, con dos prótesis de acero parcialmente apoyadas, y, como de costumbre, solo dos (superior e inferior) muelas del juicio situadas demasiado atrás. Amígdalas: atrofiadas, correspondientes a la edad, pero con criptas abiertas, sin que pudiera establecerse una patogeneidad. Cavidad maxilar, ya operado, actualmente sin diagnóstico.

TERAPIA: a la vista de estos resultados casi negativos, se recomendó en primer lugar la extracción de las dos muelas del juicio, ya que, como decíamos anteriormente, no se pierde nada con esta intervención.

(* Actualmente, está probado el hecho de que las muelas del juicio, debido a la disminución de la estructura ósea máxilo-mandibular, antropológicamente, no se emplean para masticar; no tienen ninguna utilidad).

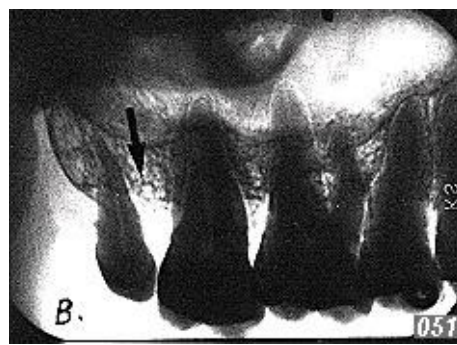
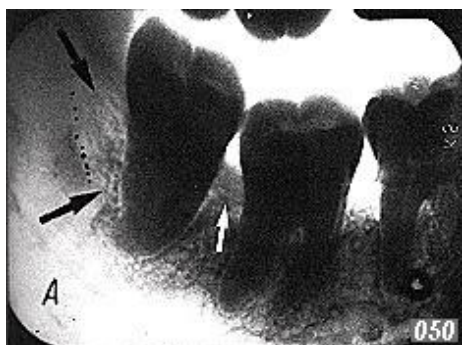
El primer resultado (que desconocíamos previamente) fue que podía "pelar patatas" de nuevo, ya que había recuperado la movilidad de los dedos en la mano derecha (lado de las muelas del juicio). Esto, de momento, le dio algo de optimismo. A nosotros también.

Como tratamiento de continuidad (una vez cicatrizadas las heridas), se practicaban, cada 4 días, infiltraciones en los polos amigdalares. Este tratamiento no actuaba en el sentido de una mejoría sino como provocación. Y esta provocación se hallaba en la vesícula biliar y en los anejos (menopausia). Entonces, se descubrió que la paciente estaba como "hinchada", que desde hacia años llevaba sus faldas con cinturilla de goma, etc. (lo que no sabíamos).

El correspondiente tratamiento conllevó una mejoría administrando fermentos biliares y pancreáticos, y así se dio otro paso hacia adelante. Vemos, de esta forma, cómo un método de prueba negativo, bien aprovechado, puede contribuir a la curación de esta paciente "incurable".

PACIENTE: Sra. A.O., 48 años, Barcelona (nos fue enviada por el farmacéutico, porque tenía una intoxicación por abuso de medicamentos. ¡Y dicho por un farmacéutico!). Por el momento, se trataba de un catarro bronquial iniciado antes del verano, que era tratado desde hacia 4 meses con antibióticos de amplio espectro, de manera que, además, se produjo una debilidad general, nerviosismo y otras molestias hasta después del verano.

La revisión estomatológica no mostraba nada más que los análisis anteriores, es decir, según el juicio "usual", 4 muelas del juicio normales con bolsas marginales (Imágenes n^{os} 50 y 51).



COMENTARIO: Aquí debe mencionarse que la terapia empleada, que consistía en la extracción -en dos sesiones- de estos "presuntos" campos de irritación, fue una terapia en la que sentimos cierto apuro, motivado por el comentario de nuestro colaborador internista, tan entusiasta en otras ocasiones de nuestro sistema. Nos dijo: "No pierdan el tiempo con esta paciente, ya que es una evidente paciente psiquiátrica".

¿TENIA RAZÓN?. Desde luego que tenía razón, ya que, mediante un tratamiento inútil, que se había prolongado por cuatro meses, la paciente se convirtió en una psicópata. No lo era anteriormente. Y vemos muchos de estos pacientes que, a causa de una terapia estéril, y cambiando frecuentemente de médico, se vuelven psicópatas, o por lo menos así los "etiquetan".

No es el objetivo del libro relatarles todos estos casos carentes de un interés especial dentro del terreno neuro-focal, o de los campos interferentes del S.N.V., pero sí que deben únicamente servir de ejemplo para miles de casos similares. Cuando nuestra paciente se vio libre de su catarro bronquial, cambió también su estado psíquico. A veces los pacientes también tienen razón. Y casi siempre son esas pequeñas cosas insignificantes en las que menos se piensa, los minicampos de irritación, en los que frecuentemente no creemos ni nosotros mismos.

UNA URTICARIA "TRÁGICA":

PACIENTE: J.T., 35 años, profesor de educación física (transferido por el Dr. B) - Barcelona.

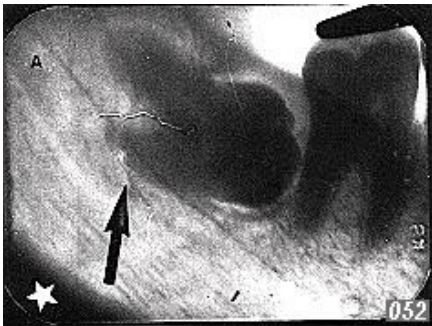
Urticaria progresiva desde algunos años atrás, tratada sintomáticamente con los medios clásicos. El paciente, aquejado por fortísimos picores en todo el cuerpo, recibía diariamente hasta 80 mg. de corticoides, por los que solamente

obtuvo una mejoría de la urticaria y, en contrapartida, apreció un aumento de peso, de manera que tuvo que hacerse trajes nuevos. Además, dejó su profesión.

El resultado estomatológico mostraba algunas raíces en el maxilar. Por lo demás, los colegas no hicieron más radiografías, ya que la dentadura no tenía caries.

La extracción de estas raíces, junto a una cantidad de inyecciones en el polo amigdalario (amigdalitis atrófica), no produjeron mejorías. Aquí podemos observar que, ni la "sangrienta intervención", según algunas voces (extracción de los restos de raíces), ni la terapia neural eran de gran ayuda. El "saber dónde" siempre tiene su justificación.

RADIOGRAFÍA DENTAL MANDIBULAR DERECHO: muela del juicio impactada comunicante con la cavidad bucal (zona séptica). La raíz se encuentra directamente junto al canal mandibular (Imagen nº. 52)



TERAPIA: De forma específica, se realizó en primer lugar una inyección de Impletol encima de la muela impactada (zona retromolar), con el resultado de que el paciente no tuvo pruritos en 10 horas. Era el primer día que no tomaba preparados de cortisona.

Mediante la delicada extracción del molar, a causa del contacto directo de la pieza con el canal mandibular* y de las raíces dobles, se consiguió una curación del 100%. Además, en unos meses el peso corporal se redujo a sus valores normales.

(* Al estar la pieza en contacto con el nervio, en la intervención, y a causa de la extracción, inevitablemente se puede lesionar el nervio. Aunque éste, pasado un tiempo, se recupera de nuevo).

COMENTARIO: Tenemos aquí, y en un mismo lugar, dos importantes factores que se potencian. Por una parte, la presión sobre el canal mandibular y, por la otra, la zona séptica alrededor de la corona.

Como muy bien podemos apreciar en la imagen, existe, además, en esta zona una alopecia y las facciones hinchadas a causa de la terapia de cortisona. Este es un caso que nos hace reflexionar acerca de la terapia tradicional o legal.

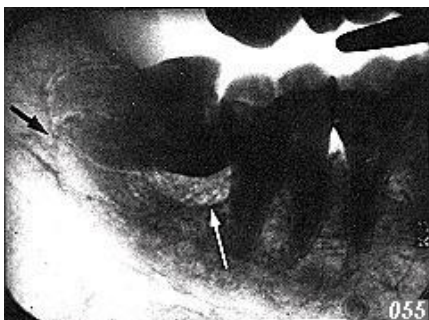
TEXTO DE LA IMAGEN: Aparte de la cara "hinchada" por el tratamiento a base de cortisona ya explicado, vemos una alopecia entre la mejilla y el cuello, en el lado derecho, a la altura del campo de irritación (Imagen nº. 53)



URTICARIA:

PACIENTE: Sra. de N, 29 años, Sevilla (mandada por el Dr. B). Padece desde hace meses de urticaria, que se presenta a rachas, pero tan solo en el área de la dermis de la garganta, visible en la fotografía (Imagen nº. 54). Toda la terapia que había recibido hasta aquel momento fue puramente sintomática, y no aportó mejoría.

EXPLORACIÓN DE LAS VÉRTEBRAS CERVICALES: positivo por lo que se refiere a los puntos dolorosos en la 2ª y 3ª vértebras cervicales, y al borde superior del trapecio (corresponden al maxilar, al mandibular y las amígdalas) significativo de la existencia de campos de irritación que se potencian (muela del juicio-amígdalas). Imagen nº. 54.



ESTADO RADIOGRAFÍA DENTAL: dentadura sin caries, con 4 muelas del juicio retenidas (Imagen nº. 55)

TEST DE HUNEKE: La inyección sobre las muelas del juicio retenidas y en el polo amigdalар, consiguieron un fenómeno al segundo del 100%: el prurito desapareció (algunos días después desaparecieron también las vesículas).

TERAPIA: extracción de las muelas del juicio retenidas.

COMENTARIO: nuevamente, tratamos aquí con dos factores: el neural, por presión, más zona séptica marginal, así como el diagnóstico de las amígdalas (secreción de pus).

Tras la eliminación de este foco de irritación dental casi siempre se puede prescindir de una terapia quirúrgica de las amígdalas. Terapia posterior conservadora de 3-4 infiltraciones en los polos amigdalares para la recuperación de la vitalidad del tejido.

ALOPECIA AREATA:

PACIENTE: R.F., 22 años, peluquera. Lloret de Mar. En el tercer mes de embarazo comenzó una caída de pelo por mechones, que fue aumentando casi hasta la calvicie, de forma que la paciente debía usar peluca.

La exploración neuro-focal nos mostraba puntos especialmente dolorosos en la 3ª vértebra cervical (el mandibular).

RADIOGRAFÍA DENTAL: Cordal* retenido, situado en parte sobre la rama ascendente (Imagen nº. 56). (* "Cordal": muela del juicio).



TERAPIA: Fue muy sencilla, ya que todos los casos de alopecia areata que habíamos visto partían de la muela del juicio (por supuesto también podrían proceder de otros campos de irritación y focos en la cavidad bucal) porque aquí el factor NEURAL se escribe con mayúsculas.

Tras consultar con mi colega ginecólogo, eliminamos este campo de irritación "neural", con lo que detuvimos la caída del pelo y la paciente volvió a lucir su cabellera al cabo de unos meses, a pesar de su embarazo.

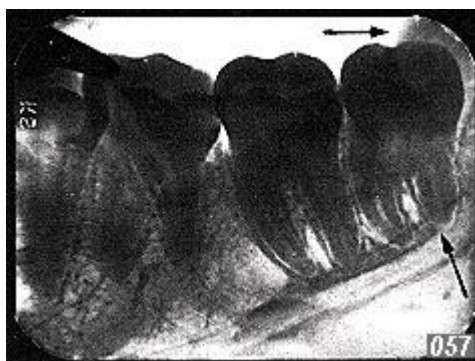
TEMPERATURAS SUBFEBRILES:

PACIENTE: N.F., 26 años, Logroño (mandada por el Dr. B). Dolores hipogástricos tras un aborto.

Tras el aborto, se presentan temperaturas subfebriles y dolores hipogástricos; ni el especialista ni los internistas encontraron la causa. Examen de la cavidad bucal: sin resultado: dentadura sin caries. Amígdalas: resectomía ya practicada.

RADIOGRAFÍA DENTAL: Igual que en el caso precedente (Imagen nº. 57), muela del juicio retenida, completamente en posición vertical.

no



COMENTARIO: El autor quiere ser sincero. Le dijo a la paciente: "Si esta muela tiene algo que ver con sus molestias, o no, se lo puedo asegurar, porque bajo el aspecto lógico científico no tienen relación. Solo puedo aseverar que es patológica, nada más." La paciente, inteligente, y que

no sabía que tenía esta muela por hallarse cubierta por la encía, además de que no le producía la más mínima molestia local, me contestó: "Si no es normal, extraígala". A los ocho días de la extracción, nos quedamos llenos de asombro. No más temperaturas subfebriles; no más dolores hipogástricos. Este caso permitía muchas teorías, explicaciones, etc., - especialmente después-. Pero ya decíamos al principio que únicamente queríamos presentar casos claros, concisos, indiscutibles, especialmente debidos a los "focos solitarios" -en estos casos "focos neurales solitarios"-, casos que deben servir de ejemplo y demostrar todo lo que pueden originar "los campos de irritación" en el área del trigémino. En consecuencia, reiteradamente se plantea la pregunta: ¿por qué estos fenómenos son ignorados de esta forma por la medicina general y por la terapéutica odontológica, ya que vemos en multitud de pacientes que ello es así?. A pesar de que a los teóricos y a los inexpertos les agrada manifestar lo contrario.

DISFUNCIONES MOTRICES EN EL LADO IZQUIERDO:

PACIENTE: Sra. M.M., 45 años, ama de casa, Lloret de Mar. Desde hacía



algunos meses la paciente observaba una disminución de la movilidad de todo el costado izquierdo (lamentablemente no disponemos de exploraciones neurológicas, y especialmente de las extremidades inferiores). Como causa principal (mejor diríamos "sospecha"), se creía en una enfermedad del ámbito ginecológico, ya que aquí la exploración fue muy positiva. Por tanto, se le aconsejó a la paciente una operación (extirpación de ovarios). Pero vino a vernos porque "se dice que tantas cosas vienen de la boca...". La exploración estomatológica, con radiografía, no mostraba nada más que una muela del juicio impactada (Imagen nº. 58).

TERAPIA: Aquí no había dudas. En estos casos, tal como se describe en la anamnesis, hay que proceder en primer lugar a la eliminación de estos peligrosos campos de irritación. El motivo es muy sencillo; tanto si existe o no

una relación, y esto hay que explicarlo claramente al paciente, estos campos de irritación deben ser eliminados. Si se librara al paciente de su actual enfermedad, seguramente se prevendrían otras, si no las tuviera ya, y si se curara al paciente, se podrían ahorrar otros métodos peligrosos e ineficaces.

EPICRISIS: En menos de 15 días, y tras la extracción de la muela, nuestra paciente quedó libre de molestias. ¿Y su ovario...? ¡Aún lo tiene!.

LA FAJA DE ACERO – ALGIAS LUMBARES Y CIÁTICAS:

En los casos de enfermedad de la columna vertebral, se habla sobre todo, y en cuanto atañe a sus causas, de "síntomas de desgaste", "discos intervertebrales", "enfermedades profesionales", etc. Esto no correspondía en este caso específico. Se trataba de una paciente de 22 años que se quejaba de fuertes dolores lumbares que se proyectaban hasta la región ciática. Tras un tratamiento analgésico, se le confeccionó una "faja de acero" como sujeción.

PACIENTE: P de B, Barcelona. Sufre desde meses las molestias descritas; por lo demás, sin otros diagnósticos.



EXPLORACIÓN ESTOMATOLÓGICA: dentadura sin caries.

RADIOGRAFÍAS: 2 muelas del juicio inferiores desplazadas (Imagen nº. 59).

TERAPIA: Eliminación de ambos campos de irritación.

Aquí no se realizaron pruebas ni ensayos, ya que estos campos de irritación, más tarde o más temprano, ocasionan molestias y por ello únicamente existe una terapia: "Extracción".

EPICRISIS : En los pasados 18 años, la paciente dio a luz a 5 niños sanos, sin tener recidiva alguna.

NOTA DE LA TRADUCCIÓN: En el texto del caso clínico correspondiente a la imagen nº 60, se aprecia una falta de datos que determine coherentemente su descripción, que podría aducirse a algún probable descuido en la confección editorial del texto. Por este motivo, este caso clínico se omite en esta publicación.

VÉRTIGO-MENIÈRE:

PACIENTE: J.M., 55 años, abogado (mandado por el Dr. Reventós). Sobre este caso podemos decir que el paciente venía siendo tratado durante 10 años sin resultado. Debido a su elevada posición económica, estuvo en tratamiento en diversos países europeos, es decir, que se hizo por él todo lo posible.

Resultado: CERO. Sólo podía salir acompañado (apoyado) por su mujer o por su chófer. A ello se le añadió, muy comprensiblemente, una psicosis depresiva.

La exploración neuro-focal mostraba puntos especialmente dolorosos en la 3ª vértebra cervical (mandibular). Cavity bucal: sin diagnóstico bajo el aspecto clínico.

Las radiografías dentales no mostraban más que unas muelas del juicio situadas algo atrás, pero en posición totalmente normal, como veremos repetidamente a lo largo de estos trabajos.

TERAPIA: Sin efectuar otras pruebas, recomendamos por escrito que el estomatólogo extrajera esas muelas como primera medida (el paciente nos dio más tarde la opinión de su estomatólogo: "¡Pero si esto viene de los oídos, no de los dientes!"). Bueno, siempre hay que contar con este tipo de comentarios que incluso se encuentran impresos en libros con el sello de científicos.

EPICRISIS Y COMENTARIO: Tras un breve espacio de tiempo, mejoró su situación y se produjo la recuperación total. Pero, para alegría de su familia, ello también aportó un cambio significativo en su personalidad. El paciente, mejor dicho, el ya ex-paciente, volviendo a mostrar interés por todo, se entregó a la pintura, y al cuarto año de su curación pudo organizar una exposición de pinturas en Barcelona.

En nuestra consulta, tres meses después de su curación, recibimos una obra del siglo 17. El regalo de un paciente agradecido.

A pesar de que nuestro repertorio de pacientes aquejados del Síndrome de Ménière no es muy extenso, creemos que los campos de irritación en el área del trigémino juegan un papel muy importante en este trastorno.

Si, por ejemplo, un ataque de vértigo, acompañado de vómitos, se puede "cortar" mediante la aplicación de anestesia detrás de la oreja, lo propio se consigue aplicando anestesia encima de la muela culpable, lo que es muy sencillo en los focos solitarios.

En el caso de muchos pacientes puramente odontológicos, los primeros dolores, debidos a las caries en los dientes inferiores, se manifiestan en el oído, es decir, antes de producir dolores locales. Además, tenemos una conexión suplementaria de la tercera rama del trigémino con el "Ganglion Oticum"*. Esto en lo que concierne al mandibular. Pero pudimos constatar idénticas molestias en campos de irritación en el maxilar. (Se describe con más detalle un caso bajo el título "Restos de raíces", porque muchos médicos fueron consultados a tal efecto por sus pacientes).

(* "Ganglion Oticum": referido al oído).

De todos modos, es aconsejable no obcecarse tanto con el nombre de la enfermedad, sino ante todo buscar su posible causa, y ésta, en los casos de Vértigo de Ménière, por ejemplo, se encuentra en el área del trigémino, y no en zonas apartadas de la zona en la que se manifiesta esta síntoma-patología; ello es debido al fenómeno de las "reacciones por vecindad".

Pero, como ya decíamos al principio, el Síndrome de Ménière es menos frecuente, mientras que el vértigo usual se observa con mayor frecuencia en dentaduras llamadas sépticas o tóxicas, y entre éstas especialmente las osteítis; y en las muelas desvitalizadas, aquellas cuya pulpa se mata mediante empastes que contienen arsénico, que años atrás eran la mayoría, mientras que

hoy en día esta práctica es cada vez menos frecuente. Ojalá que finalmente esta práctica, por su toxicidad, sea totalmente eliminada.

ARTRITIS - PROCESOS VÉRTEBRALES:

PACIENTE: M.J. 23 años, sastre. Lloret de Mar. Desde hacía meses se observaba una debilidad de tipo estático-dinámica del aparato ligamentoso de la columna vertebral, que, al movimiento, provocaba ligeros bloqueos con el consiguiente dolor. Además, sentía dolor en la muñeca, que se consideraba como resultado de su profesión.

EXPLORACIÓN NEURO-FOCAL: Puntos especialmente dolorosos en la 2ª y 3ª vértebra cervical (corresponden al maxilar y al mandibular).

BOCA: Sin pronóstico. Dientes vivos con muy pocos y superficiales empastes.

AMÍGDALAS: Operadas, sin diagnóstico.

RADIOGRAFÍA DENTAL: Cuatro muelas del juicio retenidas, impactadas*.

(* "Impactadas": todavía dentro del hueso).

TERAPIA: Extracción simultánea de ambos cordales (superior e inferior), del lado más sensible a los puntos dolorosos. Una vez que cicatrizó, se repitió la operación en el otro lado.

COMENTARIO: Como veremos en repetidas ocasiones, los efectos a distancia son diferentes en cada individuo, sobre todo cuando no hay agentes nocivos séptico-tóxicos. Este efecto puramente neural debe ser tenido en cuenta -ante todo- por los odontólogos, ya que se han dado casos en que se negaron a eliminar estos peligrosos campos de irritación, comentando que "no existe infección". Esto son reminiscencias de la antigua teoría de las infecciones focales que, si bien tienen una justificación, ello no significará el único diagnóstico.

Debemos reiterar que, en este libro no se tratan casos excepcionales sino casos cotidianos. En el paciente aquí citado se produjo una mejoría inmediatamente después de la intervención y en nueve años de observación no tuvo recaídas.

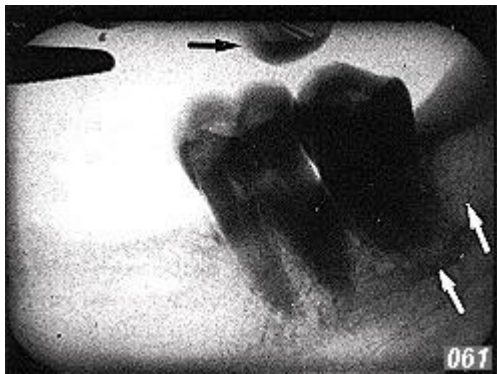
ESPINA BÍFIDA - DOLORES DE CABEZA INTENSOS:

PACIENTE: Sra. R.S., 55 años. Lloret de Mar. La paciente debía ponerse en tratamiento neurológico a causa de sus fuertes dolores de cabeza, que aumentaban especialmente al moverse (andar), y padecía simultáneamente de un síndrome cervical. Este síndrome se atribuía a una espina bífida. El tratamiento debía prolongarse durante meses (Clínica Alianza).

El examen dental y maxilar, más las amígdalas, no mostraron nada patógeno.

COMENTARIO Y TERAPIA: Este caso es uno de los más interesantes. Por un lado, a causa de las exploraciones neurológicas y ortopédicas que le

precedieron y, por otro, a causa de la curación que, una vez conocido el "mecanismo patológico", fue lógica y sencilla.



El estudio de la radiografía (Imagen nº. 61) permite verlo con claridad. Vemos dos muelas completamente sanas (2º molar y muela del juicio), así como una muela perfectamente cicatrizada por lo que respecta a la estructura ósea. También vemos una parte del molar superior (flecha arriba); los otros faltan; se trata de una dentadura mellada. A causa de esta

dentadura mellada, toda la presión de la masticación recae sobre el último molar (el 8º), con el resultado de que bajo la muela se ha producido una condensación ósea, condensación que se encuentra en contacto con el canal mandibular (flecha) con una depresión. Aconsejé a la paciente que le fuera extraída la muela, ya que, a la vista de su grave dolencia, nada podía perder. Aunque quizá no produjera un 100% de éxito, alguna mejoría podría experimentar. Y ésta se produjo cuando la paciente se libró de su muela, y en el mismo momento en que se levantaba de la silla de operaciones. Aquí la espina irritativa se encontraba en la condensación, en la densificación del hueso sobre y alrededor del canal mandibular a causa de la sobrecarga, según la teoría de la palanca, como se describe y documenta al principio (Imagen nº. 16). Aquí se precisaba una valoración exacta de la radiografía ampliada y como mínimo sacar las conclusiones pertinentes.

Algunos casos diagnosticados como "Síndromes de Costen"* tienen su origen en la sobrecarga descrita. Hay que considerarlo sobre todo en pacientes de edad avanzada.

(* "Síndrome de Costen": se trata de una asociación de síntomas del oído).

CIÁTICA GRAVÍSIMA:

La finalidad de este libro es mostrar las conexiones entre el campo de irritación y la enfermedad, y enseñar a localizar la presencia del campo de irritación, además de cuáles enfermedades pueden provocar. Por tanto, presentamos muchos casos que se repiten, someramente, sin volver a enumerar los diagnósticos y terapias precedentes.



PACIENTE: Sr. J.S., comerciante en cereales, Blanes (mandado por el Dr. B). La ciática rebelde a la terapia era provocada por una muela del juicio inferior impactada (Imagen nº. 62), que se curó mediante la extracción. Ese paciente, que ahora carga con sacos de hasta 50

kgs., no tuvo ni una sola recaída en todos estos años (15 años de observación).

COMENTARIO: Todas las afecciones ciáticas que hemos visto hasta ahora partían siempre del mandibular, y por contra, las lumbalgias tenían su etiología en las amígdalas. Esto no quiere ser bajo ningún aspecto una "ley", sino tan solo una observación, ya que causa y efecto pueden ser muy diversos por otras circunstancias y reacciones. Aquí solo presentamos algunas, como ya decíamos al principio.

GRAVÍSIMAS BRAQUIALGIAS NOCTURNAS:

En el siguiente caso, procedente de Inglaterra, se ve claramente lo que puede producir un campo de irritación en el área del trigémino, y lo evidente que resulta su eliminación y curación.

Este caso es aun más interesante, ya que la paciente fue tratada ambulatoriamente en una gran clínica londinense durante semanas, sin que consiguiera una mejoría. Por consiguiente, se le aconsejó un clima más cálido, motivo por el cual se traslado a España.

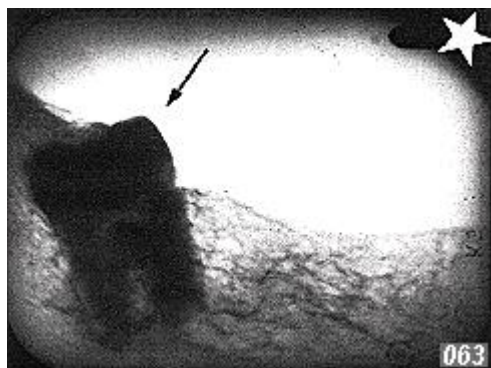
PACIENTE: L.P., 40 años. Como ya indicamos, existía desde hacia meses una braquialgia nocturna rebelde.

EXAMEN NEURO-FOCAL: Puntos dolorosos en las vértebras cervicales, más fuertes en C3 y a la derecha, pero especialmente en los puntos del trapecio.

CAVIDAD BUCAL: Sin dientes en el maxilar, así como tampoco en el mandibular, usaba desde años atrás prótesis dentales completas.

PRUEBAS: Estas se iniciaron inyectando en el polo amigdalario una pequeña dosis de anestésico, que trajo una ligera mejoría para empeorar, sin embargo, a las 3 horas, especialmente a la derecha, el lado de la braquialgia.

La radiografía dental del mandibular derecho "sin dientes", trajo la gran sorpresa: una muela del juicio retenida, recubierta por la encía (Imagen nº. 63). Sobre esta muela se aplicó la inyección de prueba, a lo que siguió una carencia de dolor que se prolongó durante 8 horas. La paciente por fin pudo dormir de nuevo.



La siguiente terapia, dado que se trataba de una paciente que se hallaba de paso entre nosotros, consistió de momento en infiltraciones sobre dicha muela y sobre los polos amigdalares, a causa de la patología de los mismos, consiguiéndose así, por primera vez, una reducción del dolor que permitió un sueño tranquilo y, consecuentemente, una mejoría del estado general.

La paciente se llevó un diagnóstico exhaustivo (*con recomendación de extraerse la muela del juicio) y al cabo de algunos meses recibimos la siguiente carta:

"Les quiero comunicar, que ya me han operado la muela. Estuve 12 días en la clínica y me encuentro ahora en convalecencia. Mi herida cicatriza muy bien, aunque no puedo abrir bien la boca todavía. La operación la realizó el Dr. James, del London Hospital, un hombre muy inteligente y muy interesado en mi caso. Dijo que era asombroso que pudiera ocurrir algo así. La muela fue extraída sin coser la herida. Los dolores en el brazo y en la espalda han desaparecido gracias a Vd. y me encuentro mucho mejor. Le estoy profundamente agradecida por lo que Vd. ha hecho por mí. Ruego a Dios que pueda verle y darle las gracias personalmente el año que viene cuando viaje a España.

Hasta aquí la carta de esta paciente que vino al año siguiente y volvió al cabo de tres años.

COMENTARIO: ¿No es incomprensible que aún sean ignorados estos campos de irritación a la vista de estos casos!?

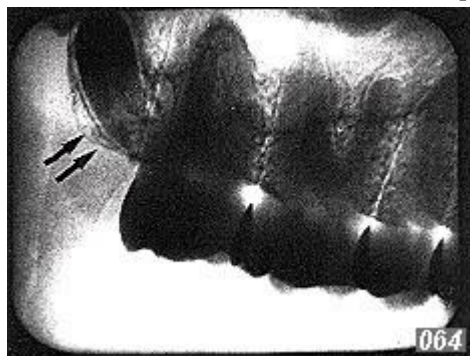
PERIARTRITIS HUMEROESCAPULARIS Y BRAQUIALGIA NOCTURNA:

Si una paciente, con una dentadura preciosa, digna de cualquier anuncio de dentífrico, o su médico, tienen que imaginar la existencia de un campo de irritación en la misma, cualquier ser con sentido común dudaría de su cordura. El único que no dudaba era el farmacéutico que me mando a la paciente.

PACIENTE: Srta. M.B, 25 años, ayudante de farmacia. Desde hacia meses padecía de braquialgias nocturnas con periartritis humeroscapularis. A causa de su profesión, se experimentaron todo tipo de medicamentos existentes para estas afecciones. Resultado: CERO.

EXPLORACIÓN NEURO-FOCAL: 2ª vértebra cervical izquierda extremadamente sensible en la apófisis espinosa a la presión (corresponde al maxilar).

BOCA: Dentadura de 31 piezas perfectas, sin caries.

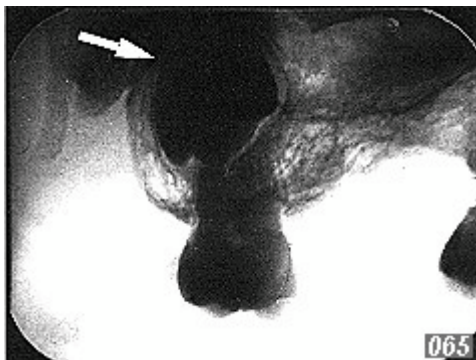


DIAGNÓSTICO: Aquí el motivo radicaba en la muela numerada como la nº 38, es decir, la muela del juicio superior izquierda, que no era visible, tal como nos confirmó la radiografía, y que debe considerarse como una curiosidad, ya que sólo se da una entre mil: una muela con raíz en el borde de la encía, la corona hacia arriba, o sea invertida. (Imagen nº. 64). Por tanto, ocasionaba una presión en una zona profundamente enervada en la parte posterior de la cavidad maxilar. Ya que la muela del juicio crece siempre desde la corona hacia la raíz, nos encontrábamos con una instalación germinal a la inversa.

EPICRISIS: Repetimos frecuentemente en nuestras consideraciones que en el supuesto de un "foco solitario" se puede ver todo con nitidez, y que la curación al 100% confirma la relación causa efecto, ya que la anestesia produjo una mejoría y la extracción la solución completa.

ECZEMA HIPERQUERATÓSIDO EN LAS MANOS:

Frecuentemente observamos trastornos en las extremidades superiores, especialmente en las manos, en relación con campos perturbadores en la zona del trigémino. Unas veces se trata de agentes nocivos sépticos o tóxicos y otras de "neurales", como se puede observar claramente en la fig. 65 de la muela del juicio superior incluida.



PACIENTE: M. A. R., 45 años. Empresaria, actualmente en Lloret de Mar.

ANAMNESIS: desde hace años sufre un eczema hiperqueratósido en ambas manos que aparece cada cierto tiempo y que ha sido tratado con las pomadas habituales sin resultados visibles.

HALLAZGO: Las radiografías intraorales muestran las 4 muelas de juicio impactadas*, en una dentadura que se puede definir como "estrecha".

(* "Impactadas": piezas dentales que se encuentran en el interior del hueso).

TERAPIA: Ya que las muelas de juicio superiores generalmente están relacionadas con las extremidades superiores, se comienza con la eliminación del diente en el lado de los puntos de dolor más sensibles de las vértebras cervicales. El molar que se encuentra debajo puede ser "salvado", ya que había una lámina de hueso que separaba las raíces.

En pocos días la paciente notó la mejora, que se ha mantenido después de un año, aunque por el momento sólo se ha procedido a la eliminación en un lado. Convencida por el éxito de la primera extracción, la paciente pidió por sí misma la extracción de la otra.

Para el experto, es una especial satisfacción trabajar con pacientes como éstos, ya que ellos saben apreciar el valor del trabajo y sobre todo respetan aquel dicho que aún no ha perdido su validez: "¡Mejor prevenir que lamentar!".

COMENTARIO: Si consideramos la diversidad de enfermedades relacionadas con la misma causa, se puede comprobar que la reacción es distinta en cada paciente y, en consecuencia, una dificultad para poder establecer el diagnóstico correcto y encontrar la terapia adecuada.

(comenzar en pag. 60)