

UN EXAMEN FÍSICO PARA EL CAMPO INTERFERENTE

(Basado en el libro “¿Un Examen Físico para Terapia Neural? Desde Godoy a la linealidad”)¹

Julio Adaros M.

Médico Cirujano. Chile

Máster en Terapia Neural y odontología Neurofocal. Universidad de Barcelona

RESUMEN

En el contexto de una Terapia Neural más técnica, con un enfoque más lineal de los procesos sintomáticos que vive una persona, orientados en su terapéutica hacia la tríada de inyección local, terapia de segmento y búsqueda de campo interferente, es justamente este último pilar el que se aleja de la linealidad al no haber una secuencia neurofisiológica similar que lo explique. En este escenario, surge la figura de Óscar Godoy, quien propone una forma de examen físico que orienta de manera muy certera hacia dónde aplicar el estímulo en el contexto de un campo interferente. Es tal la sorprendente tasa de respuestas favorables, fundamentalmente a nivel del aparato estomatognático ante cuadros dolorosos irresolutos, que lleva a la reflexión de por qué no se realiza sistemáticamente dicho examen, considerando sus características principales: rapidez, integridad, sencillez y replicabilidad.

Ante la ausencia de mayores análisis, es que se pretende tomar estos hallazgos y dar unas líneas hipotéticas sobre las posibles explicaciones que existirían detrás de tan efectiva forma de abordar a un paciente en un contexto de campo interferente, y así dar inicio al estudio de las bases ocultas detrás de esta expresión corporal tan útil para el diagnóstico y la terapéutica.

Palabras claves: Examen Físico, Terapia Neural, Segmento, Campo Interferente, Palpación

MARCO TEÓRICO

Para efectos de este escrito, tomaré de principio una clasificación vista en la página web del Dr. Juan Manuel Marín², que hace mención a dos enfoques claros en la Terapia Neural (TN), que son el TECNICISTA o GERMÁNICO, donde la TN puede insertarse en la medicina tradicional occidental por sus características, en base a tres escalones de tratamiento (local, segmento y campo interferente) y la CORRIENTE SISTÉMICA COMPLEJA, que crece bajo los principios ético-filosóficos del Dr. Payán.

En virtud de lo anterior, y al considerar lo que voy a plantear como algo inmerso en una mirada respetuosamente lineal, es que sabiendo que en el enfoque Tecnicista, tanto el abordaje local como el segmentario tienen bases e indicaciones

neurofisiológicas claras asociadas a un examen físico concordante, no obstante, la búsqueda del campo interferente queda reducido a la complejidad de la historia de vida de cada ser singular, donde gracias al relato, en algunas ocasiones, se puede llegar al punto específico para el estímulo inespecífico... para el resto, muchos sugieren el sentipensar, o pasar a los terrenos de la Corriente Sistémica Compleja.

Sabido es en los círculos académicos y teóricos neuralterapéuticos que en los tiempos modernos, cerca del 80% de los campos interferentes se encuentran en boca, tomando como apoyo para el abordaje la ortopantomografía o radiografía panorámica, además del Test de Huneke y, eventualmente, el examen palpatorio propuesto por el Dr. Adler, por ejemplo.

Pues bien, desde hace más de una década que Óscar Godoy Beaudout, Kinesiólogo chileno, ha tenido la visión y la rebeldía de empezar un camino distinto, ya que elaboró un protocolo de evaluación (examen físico para estos efectos) gracias a la combinación de diversos saberes, lo cual orienta de manera bastante precisa hacia dónde seguir el camino para poder dar ese estímulo que apunte a la autoecoorganización a nivel del territorio estomatognático, en el denominado campo interferente.

Dicho examen físico es relativamente simple y rápido¹:

Un paciente en decúbito supino, al cual se le toma desde los tobillos, como se grafica en la imagen adjunta, moviendo los pies en una suerte de rotación interna, cuyo resultado normal implica que ambos pies lleguen a la línea de base de la camilla de exploración o que ambos hálux lleguen simétricamente a la línea media. El estado patológico es la asimetría de este movimiento (Figura 1).



Figura 1. Test de rotación de interna

Este testeo se conoce en otros ámbitos posturológicos o quiroprácticos como Test de Convergencia Podal³, que a la larga apunta a lo mismo. Un trastorno de rotación que nos orienta a “algo”. En el caso de Godoy, su presencia indica uno o varios campos interferentes.

Si lo lleváramos imaginariamente a un estudio de tipo estadístico, y esto en virtud de la observación clínica de este fenómeno por años y años, se podría decir que es un examen altamente sensible, pero poco específico. En definitiva, su presencia casi garantiza la existencia de la irritación, pero su ausencia no garantiza que no existan campos interferentes.

Luego de eso, asocia la evaluación del largo de miembros inferiores, que para objetivarlo traza una línea paralela al eje plantar a nivel inframaleolar, como se describe en la Figura 2.

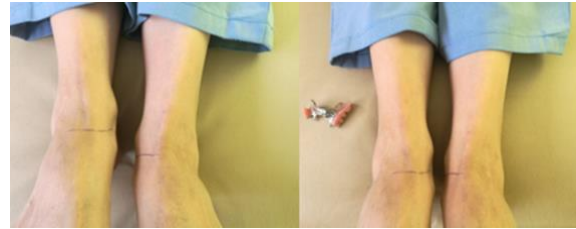


Figura 2. Paciente con asimetría en largo de extremidades, la cual corrige al hacer retiro de elemento protésico dental que se muestra en la imagen de la derecha. Aparentemente, éste estaría actuando como interferente

Posteriormente, se palpa buscando dolor a nivel de los segmentos:

- Línea occipital posterior (posible interferencia en amígdalas)
- Procesos transversos de C2 y C3 (descrito como posibilidad de interferencia en cordales)
- Músculos trapecios a nivel de línea media superior
- Desde el segundo al cuarto espacio intercostal por línea mamilar
- Músculos braquirradiales, fundamentalmente a 1-2 cm distal al codo
- Fosas ilíacas bilaterales
- Músculos vastos internos a nivel distal
- Nervios tibiales posteriores a su paso tras los maléolos mediales



Figura 3. Puntos de evaluación de hipersensibilidad según Godoy. Cabe destacar que la evaluación de estos puntos es bilateral

Inicialmente se busca mayor sensibilidad en un hemicuerpo por sobre el otro, circunstancia que hablaría de la lateralidad del campo interferente a pesquisar, es decir, si en la palpación duelen mayoritariamente los puntos evaluados del lado derecho, pues el campo interferente debiera estar en el lado derecho (en algunas ocasiones está contralateral). Además, se suman las observaciones semiológicas del Dr. Adler donde la palpación de ciertos elementos cervicales orienta a si es posible un foco odontogénico o amigdalino⁴.

Tras la aplicación del neuralterapéutico en el sitio de sospecha (diente o amígdala generalmente) se corrige lo encontrado en el examen, es decir, que la rotación de pies vuelve a la normalidad y disminuye o cede el dolor en el hemicuerpo afectado, además de corregirse la asimetría en el largo de extremidades.

Se agrega además el reevaluar el segmento o articulación afectada al momento de la consulta, ya que en la inmensa mayoría de los casos el dolor persistente cede por un tiempo variable. Como en el 80% de los casos aproximadamente (sin estudio de por medio, sólo por mera observación clínica) la respuesta en segundos se obtiene en relación a un evento patológico de uno o varios órganos dentarios, es muy frecuente que la resolución final del problema que aquejaba a ese ser singular pase por las manos de un Odontólogo Neurofocal.

Con lo mencionado, es sorprendente la simplificación que se logra en la evaluación de un proceso sintomatológico del sistema locomotor, esencialmente, en cuanto a la velocidad de respuesta y a la resolución del motivo de consulta, aparte de dar una señal clara de la orientación diagnóstica. Por lo mismo, me ha llamado la atención que algo tan práctico no sea mayoritariamente considerado y, además, que al ser un enfoque evidentemente lineal, no se haya estudiado siendo que puede hacerse, con todo lo que implica algo que puede ir en beneficio directo tanto de los neuralterapeutas como de los pacientes

Desde aquí algunas ideas de lo que pueda estar ocurriendo con este testeo, en base a tres hipótesis sencillas basadas en la alteración rotatoria y la hipersensibilidad del hemicuerpo, que considero debieran ser sometidas a estudio, dada la efectividad del mencionado examen físico.

LA HIPÓTESIS DE LA RESPUESTA EN ESPIRAL

Una de las cosas que llama poderosamente la atención de este examen es la respuesta alterada en la rotación de miembros inferiores, la cual se suele relacionar con disciplinas como kinesiología aplicada o quiropraxia, entre otras. Por lo mismo, muchos médicos de mirada más “científica” la suelen cuestionar, fundamentalmente porque habría una suerte de movimiento intencionado en la rotación por parte del operador; esto se subsana pidiéndole al cuestionador que haga él mismo la maniobra, cosa que no ocurre muchas veces por decisión propia del escéptico; o también realizando adecuadamente la maniobra, que es tomando uno mismo de manera bien firme tanto pie, como talón y la región distal de la pierna con la mano, con esto se objetiviza la rotación completa de la extremidad, evitando rotaciones de pie únicamente que den un falso positivo.

Dada esta suerte de fenómeno, se han intentado llevar a cabo algunos acercamientos con disciplinas más ortodoxas para entender la secuencia de movimientos que llevan a esta respuesta, sin mayores logros ya que no existe un real interés en nuestro medio. Por lo pronto, sólo hay que quedarse con la idea que esta rotación es un signo clínico de la presencia de un campo interferente. O sea, el organismo humano en su infinita sabiduría, al estar su sistema básico perturbado en algún punto, se manifiesta alterando la rotación de miembros inferiores.

Pero al ir revisando a los pacientes más hacia cefálico, aparecen más signos clínicos relacionados a esta rotación, lo cual ha llevado a

buscar las posibles explicaciones en la naciente disciplina llamada Posturología.

Para graficar esto, se llevará a cabo un ejercicio de simple lógica en virtud de algunas estructuras del cuerpo humano³. Se entiende que al afectarse el todo, los problemas posturales pueden ser vistos desde distintas ópticas.

Supongamos un cordal en mal posición que derivará finalmente en una maloclusión. El mínimo desplazamiento mandibular patológico hacia un lado más allá de lo que se estima como línea media facial, por la causa que fuere, inclinará el plano oclusal, apareciendo una torsión del eje cefálico, que inevitablemente incidirá en la posición vestibular por un desequilibrio en la endolinfa del oído, así como se alterará el plano de la visión, provocando como consecuencia, una compensación cervical para volver a alinear estos planos, es decir, la cabeza inconscientemente se inclinará para regularse. Esto es necesario para permitir una adecuada visión con ambos ojos y para un correcto posicionamiento de la linfa ótica, indispensables para el equilibrio en el ortostatismo. Si esto empieza a fallar, surgirían problemas de tipo vestibulares o visuales evidentemente al momento de la marcha, como mareos o diplopía en algunos casos. Incluso algunos plantean que estos síntomas también son apoyados por la compresión muscular a nivel de arteria vertebral en su trayecto por la columna cervical en mal posición, facilitando en coincidencia la aparición de cefaleas vasculares.

En términos simples, se podría apreciar que un ojo está más arriba que otro si se compararan con una línea horizontal imaginaria, lo que lleva también a una compensación cervical. O quizás se podría ver que una hemicara está más hacia adelante que la otra, con lo cual un ojo también lo está, provocándose trastornos visuales diversos, o se puede evidenciar un mayor desarrollo de una hemicara con problemas de mordida. En total, son muchas las posibles alteraciones que se pueden ver a nivel facial y

que terminan con la compensación de una cabeza inclinada.

Paralelamente, podría existir sobre esfuerzo muscular tanto ipsi como contralateralmente a nivel de temporales y pterigoideos, lo que llevará también a compensaciones más caudales en la zona cervical, implicándose los músculos trapecio y esternocleidomastoideo. Entonces, al haber disfunción en la mordida la cual es mantenida en el tiempo, se podrían gatillar cervicalgias provocadas por una tensión muscular de la zona con dolor, cansancio y bajo rendimiento. Si este estado se cronifica, nuevos cambios tróficos surgirán con alteraciones morfológicas de las vértebras o estructuras adyacentes.

Si la cabeza se inclina hacia un lado, evidentemente se desnivelarán los hombros, estando uno más arriba que el otro, y, por lo tanto, la columna vertebral no estará alineada con el eje cervical, comenzando la ola de compensaciones descendentes hacia las otras curvas de nuestra columna vertebral. Todo esto viajará como una suerte de ondas de información, generando otro tipo de compensaciones y disturbios en los distintos segmentos vertebrales, como por ejemplo toda una serie de síntomas en relación a la compresión del plexo braquial.

Si seguimos bajando, la misma curvatura disfuncional a nivel cervical, implicará su respectiva compensación dorsolumbar, haciendo planteable desde esta mirada, una curva escoliótica de manera que, si persiste, se desalinearán las estructuras articulares de los miembros inferiores, originando modificaciones de nuestra posición en el espacio.

Cabe destacar que cuando estas alteraciones alcanzan la cadera, entra en escena el músculo psoas, debido a su particular anatomía. Este desequilibrio hará que surjan torsiones o giros de la pelvis que inevitablemente ocasionará que un lado esté más alto que otro y la onda que empezó a propagarse más allá de las cervicales, llegará a los miembros inferiores, apareciendo disimetrías que no serán estructurales, sino funcionales,

debido al acortamiento muscular que se origina en un lado de nuestro cuerpo, cuestión que es evidenciable en el examen físico.

Entonces, nos encontramos con un interesante patrón que se puede ver si se mira a un paciente tendido en la camilla en decúbito supino a nivel de pies: la cabeza está girada para un lado, el hombro contralateral se ve ascendido hacia el otro, mientras que el reborde costal inferior del otro lado se eleva, lo que también se ve contralateralmente en la pelvis, con asimetría de flexión de rodillas y, finalmente, el acortamiento aparente de un miembro inferior con la rotación de caderas patológica descrita por Godoy. Si se mira libremente, el cuerpo se adapta como un espiral (Figura 4).

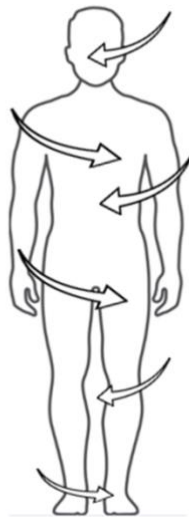


Figura 4. Al observar desde la posición de los pies del paciente, el cuerpo está en una suerte de contracción en espiral; la cabeza está inclinada hacia un lado, al contrario del hombro, las mamas en las mujeres se ven asimétricas, el reborde costal inferior está más prominente hacia un lado, la zona inguinal también se ve afectada contralateralmente, se aprecia una diferencia en el grado de flexión de rodilla y, finalmente, termina en la respuesta alterada a nivel de la convergencia podal

Cabe señalar que, en el caso de las mujeres, falsamente se ve una asimetría mamaria, ya que por este mismo efecto torsional una mama queda posicionando su complejo aréola-pezones hacia un punto distinto al de la otra mama si se quisieran analizar de manera análoga, además de una

aparente asimetría en su tamaño, siendo que muchas veces el cambio es netamente postural y no dado por la cantidad de tejido glandular.

Asimismo, se puede ver a nivel dorsal, con el paciente erguido o sentado, la diferencia en la contractura muscular paravertebral total entre un lado y otro, la cual se incrementa si se ve al paciente marchando a espalda desnuda.

Tomando entonces este ejemplo, un diente en mal posición, como clásicamente suelen estarlo los terceros molares, es un foco irritativo bastante común, bien se sabe desde la TN clásica que puede dar mucha sintomatología. Pues bien, todas las estructuras que pueda ir arrastrando este diente, que generalmente pasa a llevar ramos nerviosos trigeminales importantes, van enviando señales irritativas que por las intrincadas conexiones neurológicas se pueden ir reflejando por segmento, por núcleos espinales o incluso en regiones distantes sin explicación lógica alguna. Además, en el examen físico la rotación de caderas alterada es sólo el punto culmine de una gran contractura en espiral de todo el organismo, que generalmente acorta un miembro inferior en desmedro del otro. Con esta suerte de cojera inconsciente, la marcha se va a ver alterada en múltiples aspectos, con lo cual surgen también nuevas clases de síntomas derivados desde la biomecánica y que encuentra en disciplinas interesantes como la quiropraxia u osteopatía resolución o alivio, aunque de base existe un factor neural de origen dental no pesquisado en la gran mayoría de las veces (igualmente hay ocasiones en que el origen proviene del sistema podálico), el que a su vez es muy posible que tenga un sustento en la inflamación global del sistema básico, además del clásico conocimiento de esta mal posición como parte de un cambio evolutivo por el tipo de alimentación y en concordancia al desarrollo de los huesos faciales.

Por ende, al estar parcialmente “cojo” un paciente puede consultar por una gonalgia rebelde, sin hallazgos imagenológicos alopáticamente compatibles, pero que encuentran su

sustento etiológico en la presencia de un cordal perverso que actúa interferente-mente y que lleva a esta alteración postural, no descartando las otras posibles vías de transmisión de información tales como inflamatorias, infecciosas, por metales pesados, etc.

Finalmente, al no haber estudio de por medio, se desconoce si esta disposición en espiral es la normalidad o realmente pertenece a un espectro de respuesta generalizada ante una perturbación del sistema básico.

LA HIPÓTESIS DEL SEGMENTO AMPLIADO ESTOMATOGNÁTICO

Desde la Academia surge el concepto latamente documentado de *Segmento Ampliado*, que no es más que la relación segmental que está fuera del segmento, por ejemplo, lo que puede apreciarse tras las técnicas supraorbitarias asociadas a trastornos viscerales, y cuya explicación pasa por conexiones trigémino-vagales a nivel de tronco fundamentalmente.

Comenzaré con las ideas a nivel tonsilar.

Amígdalas

Al mirar al Anillo Linfático de Waldeyer, hay que recordar que éste presenta divisiones dadas para su estudio desde lo morfológico, constituyendo igualmente una unidad funcional^{5,6}. Tenemos:

- Amígdalas o Tonsilas palatinas, conocidas como las Amígdalas
- Amígdalas o Tonsilas faríngeas, conocidas como las Adenoides
- Amígdalas peritubarias
- Amígdalas linguales
- Acúmulos linfáticos de la pared posterior de la faringe

Dada sus características particulares, se pondrá énfasis en las Amígdalas palatinas. Éstas se encuentran entre los pilares anterior y posterior del paladar blando. Su irrigación depende del sistema provisto por la carótida externa con

numerosas ramas de las arterias facial, lingual, palatina ascendente, faríngea ascendente y palatina menor. Las venas drenan en la vena palatina que es afluente de la vena lingual. Los linfáticos drenan en los ganglios yúgulo-digástricos.

Las Amígdalas están recubiertas por un epitelio superficial pluriestratificado, con un sistema críptico conformado por invaginaciones con importantes funciones en la captación de antígenos, acompañado además por un epitelio reticulado que las recubre de forma distinta al de la superficie. Ahí se cuenta con la presencia de diversas células inmunes como linfocitos, linfoblastos, plasmocitos, plasmoblastos y macrófagos.

Considerando que la región faríngea mediante su plexo está ricamente inervada tanto por fibras simpáticas como parasimpáticas, ya uno empieza a vislumbrar las correlaciones clínicas que puede haber desde acá con potenciales manifestaciones en distintas partes de un organismo.

El plexo faríngeo involucra fibras simpáticas y de los nervios vago y glossofaríngeo, fundamentalmente los ramos amigdalares para este noble órgano, los que terminan en diversos núcleos con múltiples conexiones como se muestra en el esquema adjunto (Figura 5).

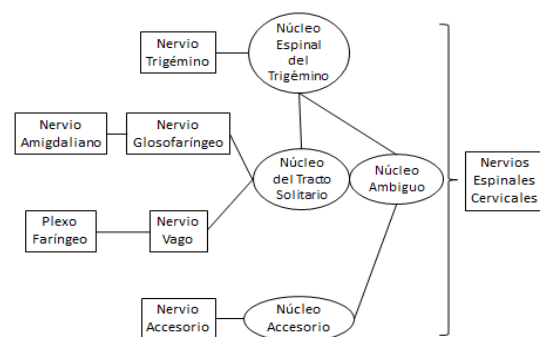


Figura 5. Conexiones amigdalares

Las aferencias de los pares craneales Glossofaríngeo y Vago van a terminar en el Núcleo del Tracto Solitario, el cual se extiende hasta la médula cervical y que a su vez tiene conexiones

con el Núcleo Espinal del Trigémino. Por otro lado, hay conexiones desde el Núcleo Ambiguo, que al ir por la médula espinal con raíces motoras del Glossofaríngeo y el Vago, tiene comunicaciones con el Núcleo Accesorio, que a su vez se comunica con los Nervios Espinales Cervicales

Desde acá se aprecia que tras esta intrincada red de conexiones el sistema entrega ramos segmentarios por contigüidad a nivel de los segmentos cervicales caudales, lo que es evidenciable en el examen físico por palpación a nivel vertebral en los procesos transversos, lo cual fue descrito por Adler y Langer en su momento. Es decir, gracias a su compleja red neural, el sistema termina entregando ramos a nivel segmentario de C4 (descrito para cuadros crónicos) y de C7 (para los casos agudos). Como todo, el funcionamiento amigdalino fragmentado está en dudas, ya que se parte desde que son meras decoraciones y que sólo sirven para causar problemas en niños con infecciones a repetición, hasta toda la hipótesis que nace desde la mirada biorreguladora, debido a su complejidad inmunohistológica derivada de la presencia de complejos linfocíticos en su estructura y la respuesta clínica maravillosa a su manejo adecuado, aparte de todos los sucesos con los que nos encontramos con frecuencia en la TN.

Senos Paranasales

También implican mucha respuesta inflamatoria en los tiempos modernos, dados en parte por la obstrucción nasal gracias a la estasia de dicha cavidad, principalmente por trastornos tróficos locales. También hay descritas relaciones con cuadros dentales por contigüidad anatómica o por diseminación hematógena, cuestión bien sabida por los Odontólogos, pero desestimado por los Médicos.

En general, se considera a estos senos como invaginaciones de la cavidad nasal que drenan en los espacios asociados con la pared nasal lateral.

Recordando su clasificación clásica tenemos:

- Senos maxilares
- Senos etmoidales
- Senos frontales
- Senos esfenoidales

Cada uno de ellos está tapizado por epitelio respiratorio, teniendo morfologías variables, con irrigación derivada de las carótidas interna y externa, e inervación dada por ramas del trigémino. De acá también se apoya el aspecto del examen físico descrito por Godoy con bases en lo mencionado nuevamente por Adler y Langer donde la palpación arriba de la proyección de C1 nos orienta a seno frontal y el techo de la nariz, mientras que la palpación a la proyección de C1 nos habla de cuadros a nivel de seno maxilar y nariz⁷.

Entrando más en detalle, las aferencias del trigémino van a dar a su núcleo, el cual se extiende en la médula espinal hasta el nivel C2-C3, el denominado núcleo del tracto espinal, el cual por su lado establece conexiones con las células del asta anterior de la médula cervical. Por eso, no es menos frecuente la presencia de irritaciones en los segmentos C1-C3 producto de patologías sinusales. Con el tiempo pueden verse afectados segmentos cercanos, ya que la causa más frecuente del bloqueo de un segmento de la columna vertebral es el bloqueo en otro previamente⁷.

Dientes

Dando por entendida su anatomía, el complejo dentinopulpar es tan mátrix como la que hay en el colon, en los ojos o en una rodilla. De ahí que no se comprenda que desde la ortodoxia odontológica se hayan separado del resto del organismo y con suerte se llegue para su estudio hasta las regiones maxilares y mandibulares.

Es imposible desligar a cada órgano dentario del cuerpo en su totalidad, porque en cada uno de aquéllos hay vasos sanguíneos y tejido nervioso que lleva información con glias aportando al trabajo neuronal, por ejemplo. Y así, también

microscópicamente se reconocen componentes del sistema inmunológico, vasos linfáticos, redes colágenas y todo el mismo universo que existe en el resto del organismo.

Desde el ápice radicular de cada órgano dentario surgen conexiones hacia el resto del sistema con fibras nerviosas que tienen comunicación vía trigeminal hacia el núcleo respectivo⁸. Viendo esto, no deja de sorprender lo cerrados que somos, porque desde la ciencia básica más anquilosada ya vemos que hay toda una compleja red de conexiones neuroanatómicas del sistema trigémino con el resto de los pares craneales, y aun así no se toma en cuenta.

¿Por qué el Trigémino comparte información con el sistema vestibular, con los ojos, con los segmentos medulares o con otras estructuras? ¿Qué información pretende ir en cada diente en particular? ¿Será entonces cierto que son miembros del selecto grupo de reguladores posicionales del cuerpo humano? ¿Enviarán información a los segmentos medulares C2 y C3 como se dio cuenta Adler? ¿Y su información viajará de manera lineal por vía neuronal, pero también de manera que sólo puede ser entendida desde la física cuántica vía células gliales? El día que la Odontología y la Medicina vuelvan a ser una sola quizás surjan las respuestas y una nueva salud aparecerá, para temor de unos cuantos y alegría de muchos.

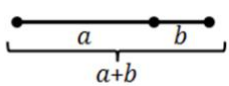
En síntesis, y al igual que sucede con las Amígdalas, a nivel del Núcleo Espinal del Trigémino surgen ramas hacia niveles cervicales, fundamentalmente C2 y C3 lo que implica que un proceso patológico odontogénico puede manifestarse sintomatológicamente a nivel cervical, o hacer sinapsis con otros niveles y enviar la señal disfuncional a distancia donde al cuerpo se le ocurra. En el más estricto rigor del conocimiento neuroanatómico, al considerar fibras de tipo sensitivas y motoras esto no debiera ser de este modo, sin embargo, la clínica tras el examen físico planteado por Óscar Godoy nos muestra absolutamente lo contrario, donde

los segmentos se van manifestando bajo la lógica descrita acá.

LA HIPÓTESIS DEL ESPEJO ÁUREO

En múltiples culturas y disciplinas se conocen los conceptos derivados de la divina proporción o geometría sagrada. Nosotros, sujetos de este mundo, siendo elementos propios de la naturaleza, no estamos ajenos al número áureo⁹.

El número áureo, denominado phi o tau, corresponde a un algoritmo matemático perfecto observable en muchos patrones de la naturaleza. Equivale al número 1,618 (aproximado, ya que cuenta con infinitos decimales) y que es el resultado de la relación del conjunto y su parte mayor, siendo idéntica a la vista entre su parte mayor con la menor.

$$\phi = \frac{a+b}{a} = \frac{a}{b} = \frac{1+\sqrt{5}}{2} = 1,6180339887 \dots$$


La estrecha relación de esta proporción con nuestro universo permite entender que todo este diseño será mejor percibido por el hombre, ya que tenemos una visión preparada para poder captar aquello que mantiene proporciones cercanas a la divinidad áurea y también de darnos cuenta lo que se aleja de ella. De esta manera, la armonía se puede expresar mediante cifras áureas y vislumbrarse tanto en las obras humanas como en todas las creaciones y lo que rodea a nuestras vidas.

Existen proporciones en relación a líneas, triángulos, rectángulos, pentágonos o espirales, todos con distintas características que pueden evidenciarse claramente en la naturaleza. Desde la doble hélice del ADN, hasta la cóclea y la relación entre dientes, el desarrollo embrionario, la formación de la mandíbula, el largo de las falanges en relación entre las distales y proximales, en fin, son varias las instancias en las

cuales uno puede tomar esta proporción y maravillarse por su presencia.

Un ejemplo clásico para los neuralterapeutas del cono sur, está en los célebres Puntos de Altamirano, denominados en honor a tan noble Odontólogo quien los describió en su momento, y que sustentan una variada terapéutica¹⁰.

Dentro de este contexto, se hizo un estudio local para encontrar otras proporciones áureas, surgiendo hallazgos interesantes. Al medir la columna de un grupo de 70 personas de ambos sexos, de todas las edades, de constitución ectomorfa, tomando como referencias la proyección de C1 y el proceso espinoso de L5, se obtuvieron distintas medidas en centímetros.

Al realizar el cálculo para determinar la proporción áurea en esta recta considerada en la proyección de columna (en la imagen se consideraría desde C1 a L5), se dividió el total en centímetros con el número 2,618 (el cual se puede obtener matemáticamente despejando las variables respectivas). Los resultados, de manera independiente al tamaño de la persona evaluada, coincidían con la proyección de los procesos espinosos de T5 y T6 (Figura 6).

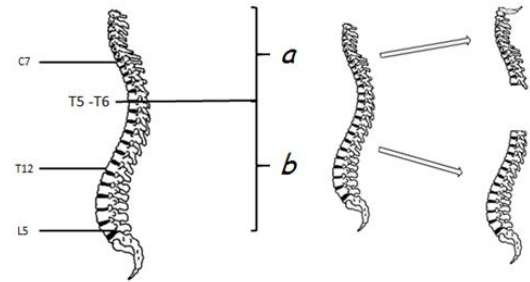


Figura 6. División esquemática de la columna vertebral en dos partes a nivel de T5-T6, sitio donde estaría el punto para la proyección áurea

Al tomar esa información, como buen alópata, se decidió dividir para estudiar las partes. Mirando bien ambos extremos, T5 hacia cefálico y T6 hacia caudal, tenían una imagen proporcional, aunque invertida. Se hizo el ejercicio computacional de amplificar la imagen proximal e invertir la distal, quedando un enfrentamiento de vértebras en espejo, denominación que es descrita por algunos osteópatas o quiroprácticos en que correlacionan C1 con L5, C2 con L4, C3 con L3, C4 con L2 y C5 con L1. Es decir, una mal posición de C2, será compensada por un ajuste a nivel de L4, por ejemplo (Figura 7)



Figura 7. Visión esquemática de la división de la columna vertebral a nivel de T5-T6, tras lo cual se posicionan de manera tal de quedar en una suerte de espejo una contra la otra

Al poner frente a frente C1 con L5 y T5 con T6, se puede establecer una imagen en espejo de todas las demás vértebras, permitiendo formar la tabla adjunta (Tabla 1):

C1	L5
C2	L4
C3	L3
C4	L2
C5	L1
C6	T12
C7	T11
T1	T10
T2	T9
T3	T8
T4	T7
T5	T6

Tabla 1. Esquema de segmentos en espejo

Y si consideramos los puntos de Godoy en base al dermatoma correspondiente del punto palpado, tenemos en la Figura 8:

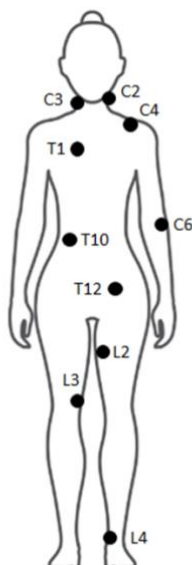


Figura 8. Puntos de evaluación de hipersensibilidad según Godoy (modificado), ajustados acorde a la proporción áurea, por lo que se agregaron los puntos en espejo a los puntos godoyanos clásicos. Se destacan los dermatomas que estarían siendo evaluados

Con esto, se plantea que habría una relación entre lo que ocurre en un segmento vertebral y lo que pueda pesquisarse en su segmento espejo. Por lo tanto, en esta propuesta de evaluación segmentaria tenemos que:

- C1: En su proyección orienta a compromiso de Senos Paranasales. Por reflejo áureo, la palpación de dermatoma L5 a nivel cara lateral de piernas también nos da un indicio de que por ahí está el campo interferente.
- C2: Descrito en la TN clásica como proyección de patologías odontológicas maxilares. Se ha visto una amplia concordancia de hallazgos a la palpación de dermatoma L4.
- C3: Dermatoma en relación a cuadros odontológicos mandibulares, presenta su relación casi total con la palpación a nivel de L3.
- C4: Orienta a Amígdalas en patologías crónicas, es decir, procesos de inflamación sistémica sin capacidad resolutive. Se pesquisa en el proceso transversal de esta vértebra y en su dermatoma a nivel de trapecios, zona que es muy dolorosa. Por reflejo áureo se halla en la palpación de dermatoma L2 a nivel de cara medial del muslo, zona que coincide en ser excesivamente dolorosa.
- C6: Es posible hallar sintomatología por contigüidad en el dermatoma C6 –que está presente en la región braquiorradial– así como también en el dermatoma T1, que es la zona en relación a la región paraesternal a nivel de las primeras inserciones costales. Por reflejo áureo C6 y T1 se manifiestan en los últimos dermatomas de las vértebras dorsales, es decir T10 y T12, donde la palpación tipo rolling en esos niveles coincide con su presencia. Óscar Godoy lo evalúa con presión profunda en fosas ilíacas a nivel de proyección de línea mamilar.
- C7: Se describe como presente en patología amigdalina aguda, pesquisándose en la palpación del proceso transversal o espinoso

de dicha vértebra. Coincide también con los segmentos abdominales bajos a nivel de reflejo, como lo que ocurre con C6 y T1.

Cabe mencionar que es muy llamativo el hecho que el campo interferente amigdalino también manifieste la irritación al sistema básico con cosquillas en vez de dolor, sobre todo en la región inguinal y en las áreas distales de los músculos vastos de miembros inferiores. Si la aplicación del neuralterapéutico es adecuada, cederá esta sintomatología. También se da en algunos casos de interferencias sinusales, donde la misma persona se considera "muy cosquillosa".

CONCLUSIONES

La forma clásica de la secuencia de examen propuesta por Óscar Godoy es la siguiente

- Paciente en decúbito supino, se realiza la rotación de caderas por los pies hacia línea media
- Se palpan los puntos descritos para el Test de Hipersensibilidad, con especial atención a los procesos transversos de C2 y C3. Por reflejo áureo hay una correlación directa con lo hallado a nivel de L3 y L4
- Sí en los puntos entre C4 y L3 los hallazgos tienden a ser simétricos bilateralmente, habla mayormente de campo interferente amigdalino. En cambio, al haber una marcada lateralidad en todos los puntos ya orienta hacia un foco odontogénico
- Se explora la cavidad oral de predominio al lado donde el paciente manifestó el mayor dolor a la Hipersensibilidad (no descartando que el proceso sea contralateral)
- Se aplica el neuralterapéutico en el sitio de sospecha de acuerdo a todo lo posiblemente patológico en el ámbito dental o en pilares de amígdalas

- Se reevalúa nuevamente desde el primer paso. De ser favorable el resultado se le pide al paciente que se percate si el dolor persistente por el cual acudió cede

- Si no, se sigue buscando bajo la misma forma. De no haber resultados, se puede seguir con cualquier secuencia que el terapeuta estime.

Así y tras varias repeticiones, realizadas por distintos evaluadores una y otra vez en distintos lugares, se van reiterando los mismos parámetros en el examen físico.

Cabe destacar asimismo que este examen presenta una amplia versatilidad, con otros alcances que por extensión no se van a entrar a detallar en cuanto a hallazgos y a utilidades, como por ejemplo que puede ser tomado para evaluar campos interferentes en sitios como cicatrices (para lo cual se requiere recurrir a la propiedades kinésicas del test) o del territorio pélvico (que será expuesto en otra ocasión), además de toda una serie de diversidad de respuestas que son fácilmente interpretables en el contexto planteado de dermatomas en espejo.

En síntesis, existe un método lineal sencillo y rápido de pesquisa de campo interferente mediante examen físico, totalmente enriquecedor de la historia de vida, en base a una evaluación de rotación de miembros inferiores alterada, explicable desde la Posturología, y a la palpación de determinados puntos sensibles, explicados desde un aparente tipo de segmento ampliado que funciona en espejo a nivel de la columna vertebral, y al cual se puede sumar perfectamente lo planteado alguna vez por Pischinger en relación a la lateralidad de la sintomatología de los campos interferentes, todo lo cual presenta un altísimo rendimiento en el manejo neuralterapéutico, esencialmente en cuadros dolorosos de la esfera osteoarticular y/o muscular de origen oral, principalmente.

Para finalizar, lo sorprendente de esto es que la orientación diagnóstica que nos da esta

evaluación en su conjunto es de una valiosísima importancia, tanto para el campo interferente propiamente tal, lo cual felizmente no es tan infrecuente, como también para ayudar a descongestionar a la mátrix, que por los convulsionados tiempos modernos en que vivimos suele estar sobrecargada por múltiples noxas que se van sumando unas tras otra sin una coherencia clara. Y lo más importante, se le puede evidenciar y objetivar al paciente una respuesta en el mismo box respecto de una posible interferencia.

Nuevamente, a veces y depende.

REFERENCIAS

1. Adaros J. (2017) *“¿Un Examen Físico para Terapia Neural? Desde Godoy a la linealidad”* Ed. Pehoe, Santiago de Chile.
2. Marín J. (2018) *¿Qué es la Terapia Neural? II*. Recuperado en: www.juanmanuelmaringinecologia.blogspot.cl
3. Cavallé, M. y cols. (2012), *Kinesiología Médica Odontológica y Posturología*, Edikine, Oviedo, España
4. Adler, E., (1983) *Enfermedades generales causadas por campos de irritación del sistema neurovegetativo producidas por problemas dentales y amigdalares (ámbito del trigémino)*, 3ª edición.
5. Montes, B. M., de Oca Fernández, L. M., & Mutuberría, F. G. *Embriología y Anatomía de la Cavidad Oral y Faringe. Libro virtual de formación en ORL*, Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Menares. Madrid
6. López G, Maite. (2001). *Adenoides y amígdalas*. Revista chilena de pediatría, 72(3), 251-255. Recuperado en <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062001000300012>
7. Fischer, L., (2012) *Terapia Neural según Huneke. Neurofisiología, técnicas de inyección, terapéutica*. 3a edición, Autopublicación.
8. Lépori, L.R., Cohe, A., (2006) *Miniatlas Odontología*, Editorial Rle
9. Skinner, S., (2013) *Geometría sagrada: descifrando el código*. Editorial Gaia
10. Calderón, L., (2012) *Los 5 puntos en la boca que propone el Dr. Altamirano*. Recuperado en www.dolor-pain.com