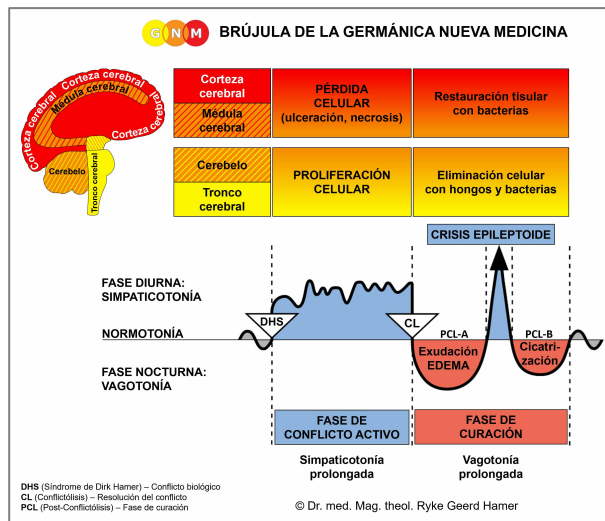




PROGRAMAS ESPECIALES BIOLÓGICOS

DIENTES Y MANDÍBULA

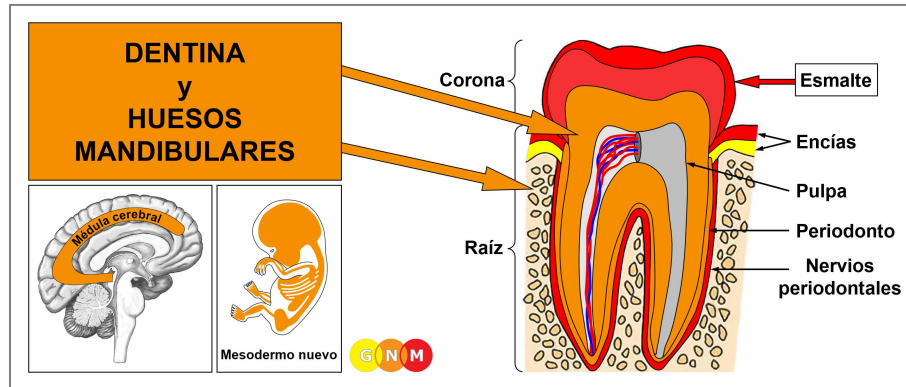
escrito por Caroline Markolin, Ph.D.



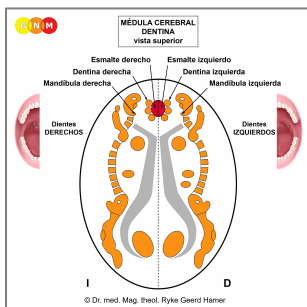
Dentina y huesos mandibulares

Esmalte

Músculos mandibulares



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LA DENTINA Y HUESOS MANDIBULARES: Un adulto humano tiene 32 dientes, 16 en la mandíbula superior y 16 en la inferior. Cada diente consta de una corona (por encima de la línea de las encías) cubierta por un esmalte y una raíz (por debajo de la línea de las encías). El diente está formado en su mayor parte por dentina. Su estructura calcificada es más densa que la de los huesos, lo que permite soportar el esfuerzo de morder y rechinar. Las raíces de los dientes llegan hasta los huesos de la mandíbula superior o inferior. Los conductos radiculares se extienden desde la punta de la raíz hasta la cámara pulpar, situada en el centro del diente. La pulpa contiene vasos sanguíneos que nutren el diente y nervios que proporcionan sensibilidad al calor, al frío, al dolor y a la presión. Las células de la pulpa, denominadas odontoblastos, son capaces de producir dentina (similar a los osteoblastos que construyen el hueso). La pulpa es casi la “médula ósea” del diente. El periodonto (también llamado odontoperiostio) que rodea la dentina proporciona soporte a los dientes (equivalente al periostio que cubre los huesos). La encía (ved submucosa bucal y mucosa superficial bucal) se encuentra sobre los huesos mandibulares y abraza el diente fuertemente en el cuello. La **mandíbula** es un par de huesos que forman el armazón de la boca. Está formada por el maxilar (hueso fijo del maxilar superior), la mandíbula (hueso móvil del maxilar inferior) y la articulación temporomandibular (ATM). La función de la mandíbula es su uso para morder y masticar (ved también músculos mandibulares). La dentadura y los huesos mandibulares se originan del mesodermo nuevo y, por lo tanto, se controlan desde la médula cerebral.

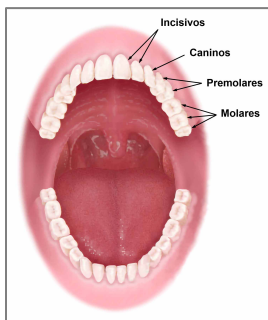


NIVEL CEREBRAL: En la **médula cerebral**, la dentina de los dientes derechos y los huesos mandibulares derechos se controlan desde el lado izquierdo del cerebro; la dentina de los dientes izquierdos y los huesos mandibulares izquierdos se controlan desde el hemisferio cerebral derecho (paramedial). Por lo tanto, existe una correlación cruzada desde el cerebro hasta el órgano.

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a la dentina consiste en **no poder morder**, ya sea literalmente (no poder o tener dificultades para manipular los alimentos) o figurativamente, en el sentido de **no poder “morder” o “atacar” a un oponente, porque el individuo se encuentra en una posición más débil** (comparad con el conflicto de morder relacionado con el esmalte y los músculos mandibulares). Por ejemplo, físicamente más débil (un niño frente a un niño más grande o un adulto, una mujer frente a un hombre, un perro pequeño frente a un perro grande), en una posición más débil en el lugar de trabajo (un empleado frente al jefe o un colega en una posición superior), en la escuela (un alumno frente a un profesor, un profesor frente al director), en la familia (un hijo frente a un padre o un hermano mayor; un nuevo cónyuge o pareja frente a un hijastro), o en una posición más débil frente a una autoridad (funcionario, policía, médico, juez, director de banco). La discriminación, la opresión política, los abusos (físicos, sexuales, verbales), los castigos, las restricciones, las provocaciones o los regaños crean situaciones que pueden desencadenar un conflicto de morder. El conflicto se experimenta como no poder defenderse o luchar contra alguien en defensa (“enseñar los dientes”). Las peleas verbales y las discusiones constantes con un miembro de la familia son conflictos de morder clásicos. El conflicto de morder relacionado con el hueso dental es un tipo de conflicto de desvalorización de sí mismo (ved huesos y articulaciones). Por lo tanto, los dientes poco atractivos, debido a una mala higiene dental, también pueden causar un conflicto relacionado con la dentina. El conflicto de morder relacionado con los huesos de la mandíbula se percibe como más intenso.

En línea con el razonamiento evolutivo, los **conflictos de desvalorización de sí mismo** son la temática principal de conflicto asociada con los **órganos controlados por la médula cerebral** que derivan del mesodermo nuevo.

Localización: Qué dientes se ven afectados por el conflicto de morder viene determinado por la percepción individual de la situación de conflicto en correspondencia con la función específica de los dientes.



Los **incisivos** (dientes delanteros) se utilizan para morder y cortar los alimentos. El conflicto de morder relacionado: no poder morder, atacar a alguien o mostrar los dientes.

Los **caninos** (en la esquina) sirven para agarrar y desgarrar la comida. El conflicto de morder relacionado: no poder arrebatarse una persona.

Los **molares** (en la parte posterior) sirven para triturar y masticar los alimentos. El conflicto de morder relacionado: no poder triturar o moler a un adversario (“masticarlo y escupirlo”).

NOTA: La afectación de la mandíbula o de los dientes del lado derecho o del izquierdo (o de ambos lados) viene determinada por la lateralidad biológica de la persona y por el hecho de que el conflicto esté relacionado con la madre/hijo o con la pareja.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: pérdida de dentina causando agujeros (**caries**) en el diente. Dado que las caries de la dentina son indoloras (al contrario que las caries del esmalte), normalmente sólo se detectan mediante una radiografía. Sin embargo, si una caries progresa hasta la pulpa, la exposición de ésta provoca una dolorosa sensibilidad a los alimentos y bebidas calientes, frías, dulces o ácidas. La pérdida excesiva de dentina debida a una larga actividad conflictiva destruye las estructuras internas del diente con el resultado de que éste se rompe. Sin suministro de sangre a la pulpa, el diente comienza a pudrirse desde el interior.

NOTA: Las caries, tanto si se producen en la dentina como en el esmalte, no están relacionadas con el azúcar de los alimentos o los líquidos. No todos los niños o adultos “golosos” desarrollan caries. A la inversa, también hay caries en personas que apenas comen dulces. La caries tampoco está relacionada con el cuidado dental. Las personas que son constantes con su higiene dental también tienen caries y al revés.



Aquí vemos el impacto de un conflicto de morder en el centro de control de la dentina (ved el diagrama de la GNM). El Foco de Hamer llega a ambos hemisferios cerebrales (conflicto central). Esto revela que la persona asoció el conflicto con su madre/hijo y su pareja, por ejemplo, con ambos padres (padre y madre), causando caries en los dientes derechos e izquierdos (comparad con el impacto de un conflicto central en el relé del esmalte).

Si la mandíbula está afectada, el **hueso de la mandíbula se descalcifica** (osteólisis). Con una actividad conflictiva prolongada, el cuello del diente se alarga visiblemente, las encías se retraen y el diente se afloja y se vuelve inestable. Consecuentemente, las encías se desgarran con facilidad causando **hemorragias gingivales** (las enfermedades de las encías, como el absceso gingival o la gingivitis, se relacionan con la submucosa bucal y la mucosa superficial de la boca). La degeneración de la estructura periodontal se denomina **periodontosis**. Existe el riesgo de que el diente se caiga.

FASE DE CURACIÓN: En la fase de curación, las cavidades del diente se rellenan con un callo dentinario producido por los odontoblastos de la pulpa (similar a la reconstrucción de los huesos con el callo producido por los osteoblastos constructores de hueso). El callo blando eventualmente se endurece.

NOTA: Todos los **órganos que derivan del mesoderma nuevo** (“grupo excedente”), incluida la dentina, muestran el **propósito biológico al final de la fase de curación**. Una vez se ha completado el proceso de curación, el órgano o tejido es más fuerte que antes, lo que permite estar mejor preparado para un conflicto del mismo tipo.



En la mandíbula, el callo óseo blando hace que el diente o los dientes se desplacen con facilidad. Por ello, los aparatos dentales diseñados para alinear y enderezar los dientes funcionan mejor durante ese periodo.

Si una cavidad dental tiene una apertura externa (ved la fístula dental), el callo se abre paso en la boca. En combinación con los restos de comida y la saliva, la sustancia pegajosa se adhiere a la superficie de los dientes contribuyendo a la formación de **sarro**, una forma de **placa** dental endurecida. En contra de la creencia común, la placa dental no causa caries. También se cree que la placa causa caries y gingivitis, una inflamación de las encías. Sin embargo, esta teoría no puede explicar por qué las caries o la gingivitis se producen en el lado derecho o en el izquierdo de la boca, por qué las caries se desarrollan en un diente muy concreto, por qué afectan a los dientes delanteros o a las muelas, o por qué la “caries” se produce en la dentina o en el esmalte dental. La Germánica Nueva Medicina ofrece una visión de la causa de las “enfermedades de los dientes” que cambiará fundamentalmente la medicina dental tal y como la conocemos.

Durante el proceso de reposición, el periodonto que cubre el diente se estira debido a la hinchazón. Esto puede causar un fuerte **dolor de muelas**, ya que la capa epitelial escamosa que cubre el periodonto está dotada de nervios muy sensibles (comparad con el dolor dental que afecta al esmalte). Si la caries se ha formado en el interior del diente y no hacia el borde, la inflamación podría presionar la pulpa. En este caso, el dolor puede ser insoportable. Una presión prolongada sobre la pulpa (curación pendiente) podría dañar los nervios del diente (la pulpa también puede resultar dañada por trabajos dentales repetidos en un diente o por empastes grandes). En ese momento, el tratamiento estándar es una endodoncia o una extracción del diente.

El procedimiento de **endodoncia** consiste en extraer todo el contenido de la pulpa y rellenar la cavidad con un material plástico llamado gutapercha. Pero hay algo más: El relleno también contiene formaldehído y arsénico.

“No hay ninguna justificación, en absoluto, para el uso del arsénico en la práctica dental moderna”.

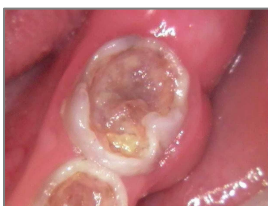
National Center of Biotechnology, marzo de 2003

Lo mismo debe decirse del uso de empastes dentales que contienen mercurio, una neurotoxina que puede causar serios problemas neurológicos.

¡Lo que queda después de una endodoncia es un diente muerto y tóxico! La teoría de que un diente con endodoncia conlleva el riesgo de desarrollar cáncer o de sufrir un ataque al corazón, como propuso originalmente el Dr. Weston A. Price (en 1922), es, en base a las Cinco Leyes Biológicas, muy dudosa. Desde el punto de vista de la GNM, la endodoncia debe evitarse a toda costa. En casos excepcionales, el diente afectado podría tener que ser extraído y reemplazado.

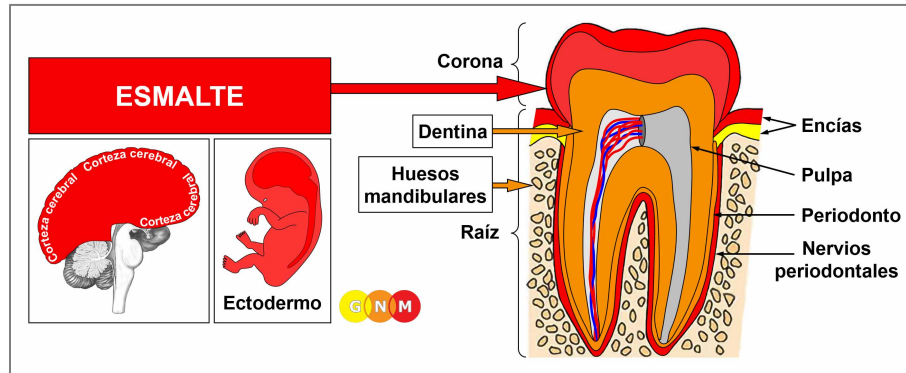
“El nervio de un diente no es de vital importancia para su salud y función. Su única función es sensorial para proporcionar la sensación de calor o frío. La presencia o ausencia de un nervio no afectará al funcionamiento diario del diente” (“Dental Health and Root Canals” [Salud dental y endodoncias], *WebMD*, 20 de marzo de 2023).

Las bacterias, provisto que estén disponibles, asisten la reconstrucción del diente. La actividad microbiana causa un **absceso dental** con acumulación de callo y pus en el interior del diente (comparad con el absceso gingival). El dolor del absceso dental se debe a la acumulación de presión en el interior del diente. Sin embargo, si la caries ha creado una apertura externa, llamada **fístula dental**, el pus saldrá y drenará el absceso por sí solo.

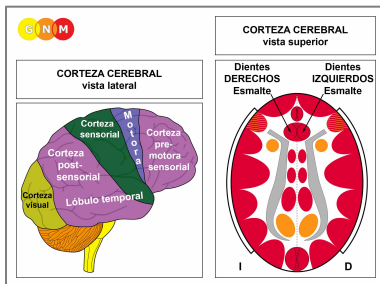


La **hinchazón** alrededor del diente (ved imagen) es el resultado del edema (acumulación de fluido) en el área en curación. Con la retención de agua a causa del SINDROME, la hinchazón se hace considerablemente más grande, notándose como hinchazón facial.

En la mandíbula, la recalcificación que se produce durante la fase de curación también va acompañada de hinchazón y dolor, causados por el estiramiento de la capa perióstica que recubre los huesos mandibulares. Una gran hinchazón suele diagnosticarse como **cáncer de mandíbula** (ved cáncer de hueso). El dolor en la [articulación temporomandibular](#) se denomina **síndrome de la ATM**.



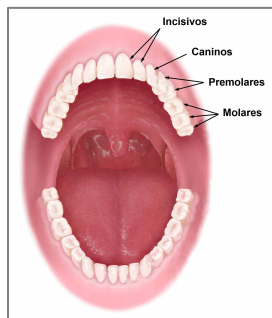
DESARROLLO Y FUNCIÓN DEL ESMALTE DENTAL: El esmalte cubre la corona del diente por encima de las encías. Está compuesto por grandes cantidades de minerales (más de los que contiene la dentina), lo que explica su resistencia para proteger los dientes del uso diario, como masticar, morder y rechinar. Al igual que la red neurálgica del periostio, el esmalte tiene dos capas: una interna, próxima a la dentina, y otra externa, visible. El revestimiento del periodonto (odontoperiostio) en la parte superior del hueso dental consta de epitelio escamoso. La capa externa del esmalte es epitelio escamoso endurecido. El esmalte se origina del ectodermo y, por lo tanto, se controla desde la corteza cerebral.



NIVEL CEREBRAL: El esmalte de los dientes se controla desde la **corteza pre-motora sensorial** (parte de la corteza cerebral). El esmalte de los dientes derechos se controla desde el lado izquierdo de la corteza; el esmalte de los dientes izquierdos se controla desde el hemisferio cortical derecho. Por lo tanto, existe una correlación cruzada entre el cerebro y el órgano.

CONFLICTO BIOLÓGICO: Mientras que la dentina del diente se relaciona con “no poder morder”, el conflicto biológico ligado al esmalte del diente es **no tener permitido morder**, ya sea literalmente (a un perro grande no se le permite morder a un perro pequeño porque su amo lo retiene; no se le permite “morder” su comida favorita – comparad con el conflicto oral) o figurativamente, en el sentido de que **al individuo se le impide “morder” o “atacar” a alguien**. Más concretamente, la persona podría “morder” porque es más fuerte o tiene una posición o rango superior, pero debido a las normas (reglas de etiqueta o corrección política) o por razones éticas no se le permite “contraatacar”. Abstenerse de decir algo (evitar atacar a alguien) para no herir a la persona también podría causar un conflicto de morder. Además, el conflicto de morder asociado al esmalte corresponde a “no tener permitido o no poder sujetar algo” (similar a [una gata madre que sujeta a su gatito agarrando su cuello con los dientes](#)). Es un tipo de conflicto de separación (ved el periostio).

Localización: Qué dientes se ven afectados por el conflicto de morder viene determinado por la percepción individual de la situación de conflicto en correspondencia con la función específica de los dientes.

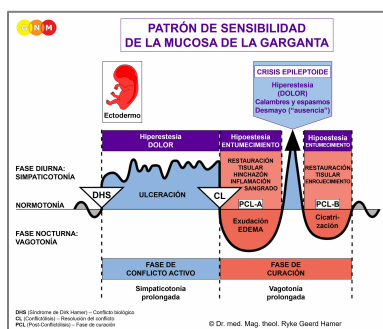


Los **incisivos** (dientes delanteros) se utilizan para morder y cortar los alimentos. El conflicto de morder relacionado: no se permite morder, atacar a alguien o mostrar los dientes.

Los **caninos** (en la esquina) sirven para agarrar y desgarrar la comida. El conflicto de morder relacionado: no se permite “arrebatar” una persona.

Los **molares** (en la parte posterior) sirven para triturar y masticar los alimentos. El conflicto de morder relacionado: no poder triturar o moler a un adversario (“masticarlo y escupirlo”).

NOTA: La afectación de los dientes del lado derecho o del izquierdo (o de ambos lados) viene determinada por la lateralidad biológica de la persona y por el hecho de que el conflicto esté relacionado con la madre/hijo o con la pareja.



El Programa Especial Biológico del **esmalte dental** sigue el **PATRÓN DE SENSIBILIDAD DE LA MUCOSA DE LA GARGANTA** con hipersensibilidad durante la fase de conflicto activo y la Crisis Epileptoide e hiposensibilidad en la fase de curación.

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: **ulceración del esmalte** causando **caries** en el diente o los dientes afectados (se compara con las caries en la dentina). El **propósito biológico** de la pérdida de esmalte es que el diente quede romo para no poder morder (ya que no está permitido). El **dolor** (“**reumatismo dental**”) es similar al dolor reumático que afecta a los nervios del periostio. Al igual que la red neuronal que recubre el periostio, el periodonto (odontoperiostio) que se encuentra encima del hueso dental está suministrado por nervios muy sensibles (comparad con el dolor de muelas en la fase de curación de la dentina causado por el estiramiento del periodonto). Cuando se pierde el esmalte, también se produce una sensibilidad al calor y al frío.

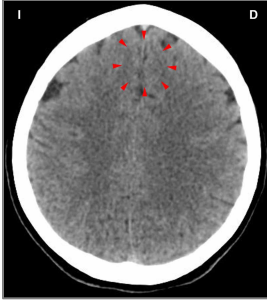
Con una actividad conflictiva prolongada, el **diente cariado** muestra manchas negras o se vuelve completamente negro, dependiendo de la intensidad y duración del conflicto. La caries, tanto si se producen en la dentina como en el esmalte, no están relacionadas con el azúcar de los alimentos o los líquidos.



Observe en esta imagen que la caries del esmalte sólo afecta a los incisivos de los dientes izquierdos. Si la persona es zurda, esto revela que el conflicto de morder estaba asociado a una pareja.



Esta imagen muestra caries de esmalte avanzadas restringidas a los incisivos derechos e izquierdos. Esto indica que el conflicto de morder está relacionado con la madre/hijo y la pareja de la persona.

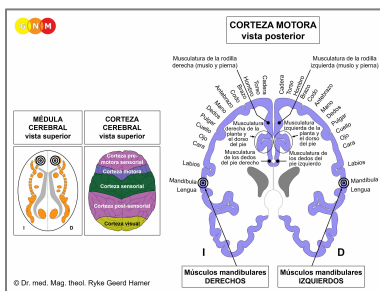


En consecuencia, el Foco de Hamer que se muestra en una tomografía computarizada en el relé del esmalte ([ved el diagrama de la GNM](#)) llega a ambos hemisferios cerebrales (conflicto central) – comparad con el impacto de un conflicto central en el relé de la dentina.

FASE DE CURACIÓN: Durante la fase de curación, el tejido del esmalte se repone (en contra de la [visión estándar](#)). El proceso de restauración es, sin embargo, muy lento, incluso sin recaídas conflictivas. Tras la reparación, el área afectada del diente o los dientes seguirá siendo más oscura.



DESARROLLO Y FUNCIÓN DE LOS MÚSCULOS MANDIBULARES: Los músculos mandibulares, o músculos de la masticación, son un grupo de músculos asociados con los movimientos de la mandíbula ([articulación temporomandibular](#)), explícitamente, con la capacidad de abrir y cerrar la boca, morder y masticar los alimentos. El músculo masetero es el principal músculo masticador. Cubre los lados de la mandíbula justo detrás de las mejillas. Es el principal músculo que permite apretar la mandíbula y rechinar los dientes; también se utiliza para controlar el movimiento de la mandíbula durante el habla. Los músculos mandibulares constan de músculos estriados, se originan del mesodermo nuevo y se controlan desde la médula cerebral y la corteza motora.



NIVEL CEREBRAL: Los músculos mandibulares tienen dos centros de control en el cerebro. La función trófica de los músculos, responsable de la nutrición del tejido, se controla desde la **médula cerebral**; el movimiento de los músculos mandibulares se controla desde la **corteza motora** (parte de la corteza cerebral). Los músculos mandibulares derechos se controlan desde el lado izquierdo del cerebro; los músculos mandibulares izquierdos se controlan desde el hemisferio cerebral derecho. Por lo tanto, existe una correlación cruzada desde el cerebro hasta el órgano (ved el diagrama de la GNM que muestra el [homúnculo motor](#)).

CONFLICTO BIOLÓGICO: El conflicto biológico ligado a los músculos mandibulares es un conflicto de **desvalorización de sí mismo de no poder o no tener permitido “morder”** a un oponente (un competidor, un colega, un compañero de clase, un profesor, un familiar, un pariente, un vecino) o por “atrapar” algo que uno desea (ved también el conflicto de morder relacionado con la dentina y el esmalte) o, figurativamente, por no poder decir algo o expresarse. El conflicto también puede experimentarse en términos reales, como en el caso de “no poder abrir la boca lo suficiente o ‘correctamente’” (por ejemplo, durante un procedimiento dental) o “no querer abrir la boca”. Es un tipo de **conflicto motor localizado** (“no poder mover la mandíbula”).

FASE DE CONFLICTO ACTIVO: [pérdida celular \(necrosis\) del tejido muscular de la mandíbula](#) (controlada desde la médula cerebral) y, proporcional al grado de actividad conflictiva, **parálisis creciente de los músculos mandibulares** (controlada desde la corteza motora) **que afecta a la capacidad de mover la mandíbula** (denominada DATM-Disfunción de la Articulación Temporomandibular). Las dificultades para abrir o cerrar la boca, denominadas **trismo**, también están asociadas a la articulación temporomandibular (ATM).

NOTA: La afectación de los músculos mandibulares del lado derecho o del izquierdo (o de ambos lados) viene determinada por la lateralidad biológica de la persona y por el hecho de que el conflicto esté relacionado con la madre/hijo o con la pareja.

NOTA: Los músculos estriados pertenecen al grupo de órganos que responden al conflicto relacionado con pérdida funcional (ved también los Programas Especiales Biológicos de las células de los islotes del páncreas (células alfa de los islotes y células beta de los islotes), oído interno (cóclea y órgano vestibular), nervios olfatorios, retina y cuerpo vítreo de los ojos) o hiperfunción (periostio y tálamo).

FASE DE CURACIÓN: En la fase de curación, los músculos mandibulares se reconstruyen; la parálisis llega hasta la **PCL-A**. La Crisis Epileptoide se presenta como **espasmos de los músculos mandibulares**. El **bruxismo**, el rechinar excesivo de los dientes y/o el apretamiento de la mandíbula, suele producirse durante el sueño. Después de la Crisis Epileptoide, en **PCL-B**, la función de los músculos mandibulares vuelve a la normalidad.

Fuente: www.learninggnm.com