THERAPEUTICS

G. Tomasini

LA MALATTIA PARODONTALE: RISULTATI DI UN PROTOCOLLO OMOTOSSICOLOGICO

– RUOLO DELLA REGOLAZIONE DI BASE

THE PERIODONTAL DISEASE: HOMOTOXICOLOGIC PROTOCOL RESULTS – ROLE OF BASE REGULATION

RIASSUNTO

Per l'odontostomatologo la malattia parodontale rappresenta un problema di non facile risoluzione, per la difficoltà d'inquadramento omotossicologico del paziente e complessità del meccanismo eziopatogenetico. A questo, vanno aggiunte le scarse potenzialità farmacologiche della Medicina Convenzionale nell'integrazione della terapia meccanica.

Da qui la necessità di elaborare protocolli omotossicologici che mirino alla modulazione delle molteplici concause, agendo sulle diverse strutture di pertinenza parodontale derivate dai tre foglietti embrionali.

Il protocollo omotossicologico considerato in questo studio aperto è stato eseguito su 42 pazienti (25 F ; 17 M) con problemi parodontali di diversa gravità: dalla semplice gengivite alla parodontopatia con perdita ossea, sia orizzontale che verticale. Questo protocollo non deve essere associato a terapia meccanica di rimozione del tartaro e a terapie allopatiche, con effetti collaterali sulle gengive.

Il protocollo, articolato in 10 sedute, 2 volte/settimana, consta di 2 fasi:

A. infiltrazione a livello del fornice gengivale di un *cocktail* costituito da: Arnica compositum-Heel®, Echinacea compositum S, Mucosa compositum, Ledum compositum, Coenzyme compositum Ampullen, Parodontium compositum;

B. Cromoterapia con CromoStim® 2000.

I risultati sono incoraggianti come evidenziato dalla iconografia e valutazione di alcuni parametri clinici indicati dal Centro di Ricerche in Parodontologia dell'Università dello Stato di New York. E', inoltre, importante valutare la possibilità di integrazione della terapia omotossicologica individualizzata con ogni tipo di terapia meccanica.

PAROLE CHIAVE **MALATTIA PARODONTALE, OMOTOSSICOLOGIA, MULTICAUSALITA', CROMOTERAPIA**

INTRODUZIONE

Nella pratica clinica di uno studio professionale odontoiatrico, la malattia parodontale rappresenta, spesso, un problema non facilmente risolvibile per la complessità dei meccanismi eziopatogenetici e la difficoltà di inquadramento omotossicologico in tempi rapidi.

A questi fattori si aggiungono le ridotte potenzialità farmacologiche proprie della Medicina Convenzionale per una migliore prognosi della patologia: nella maggior parte dei casi, la sola terapia chirurgico-meccanica non è sufficiente. Al contrario, le Medicine Non Convenzionali e, in particolare, l'Omotossicologia – in virtù di una concezione fisiopatologica più ampia – affrontano la patologia in modo più esteso, integrando

SUMMARY: The periodontal disease is often a difficult problem to solve for Odontostomatologists because of the difficulty in placing the patient from a homotoxicological point of view and the aetiopathogenetic process complexity. Furthermore, the Conventional Medicine has a limited pharmacological potential in integrating mechanical therapy.

Hence the need of creating homotoxicological protocols to modulate the different concomitant causes by operating on different periodontal structures deriving from the three germ layers.

The homotoxicological protocol considered in this open study has been applied, on 42 patients (25 F ; 17 M) suffering from different gravity periodontal problems: from simple gingivitis to periodontopathy with osseous loss, horizontal and vertical. This protocol does not have to be associated with a tartar removal mechanical therapy and with allopathic remedies therapy, causing side effects on gums.

The protocol (10 sessions, twice a week) is made up of 2 phases:

A. infiltration of a homotoxicological cocktail into the gingival fornix: Arnica compositum-Heel®, Echinacea compositum S, Mucosa compositum, Ledum compositum, Coenzyme compositum Ampullen, Parodontium compositum;

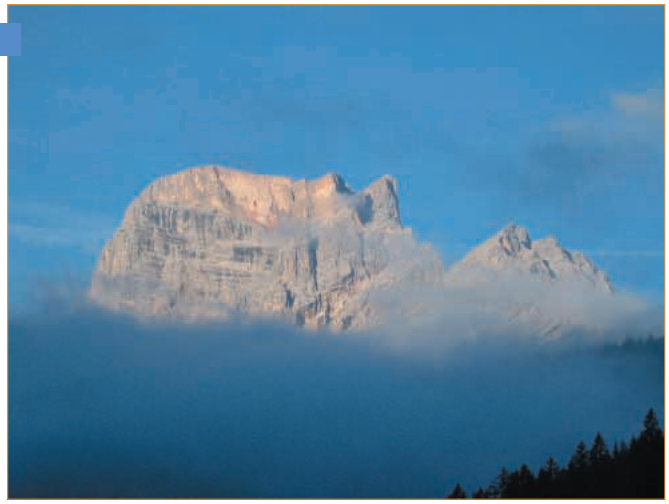
B. Chromotherapy (CromoStim® 2000).

Results are encouraging as highlighted by the iconography and the evaluation of some clinical parameters given by the Periodontal Disease Clinical Research Center, School of Dental Medicine, University of New York.

Moreover, it is important to mention the possibility of combining the protocol with both a personalized homotoxicological therapy and any type of mechanical therapy.

KEY WORDS: PERIODONTAL DISEASE, HOMOTOXICOLOGY, MULTICASUALITY, CHROMOTHERAPY

FIG. 1



il trattamento convenzionale con una terapia mirata alla rimozione o, per lo meno, alla modulazione dei diversi moventi causali.
Non si possono, peraltro, ignorare le richieste, da parte della Medicina Accademica, di prove di scientificità delle Medicine Non Convenzionali: il requisito della ripetibilità dei risultati è irrinunciabile. E' necessario proporre terapie ripetibili ed applicabili alla maggior parte dei pazienti: da qui la necessità di utilizzare un protocollo terapeutico efficace, in modo particolare per gli individui scarsamente motivati nei confronti della Medicina Biologica o, comunque, poco inclini ad effettuare terapie domiciliari di accompagnamento.

EZIOPATOGENESI

L'eziopatogenesi della malattia parodontale è multifattoriale e complessa.
– Le biopellicole batteriche sono elemento fondamentale nell'induzione della parodontopatia, sebbene la sola presenza non sia sufficiente al manifestarsi della malattia (1).
Generalmente, la patologia parodontale è manifestazione clinica di **malattia sistemica** o **alterazione funzionale**.
E' ormai acclarato, come ciò si verifichi in numerosi quadri patologici [collagenopatie, leucemie, anemie e stati carenziali vitaminici, diabete, aterosclerosi e disbiosi intestinale (2)].
Numerosi studi effettuati nell'ambito della Medicina Convenzionale e Biologica, concordano sul concetto che, oltre alla situazione locale, esistano fattori generali, predisponenti o concausali alla malattia parodontale propri dell'individuo.
La parodontopatia apparirà, quindi, come un *monolito* dalle molteplici sfaccettature di cui, spesso, non si riesce a vederne la base (FIG. 1).
Di seguito vengono considerati alcuni fattori concausali.

IATROGENIA

Alcuni farmaci di sintesi provocano come effetto collaterale forme di gengivite che tendono a manifestarsi clinicamente con iperplasia. Tra questi ricordiamo la *difenilidantoina*, la *nifedipina* e la *ciclosporina* (3). L'azione, a livello gengivale, di quest'ultima è caratterizzata da:

a) stimolazione delle cellule fibromonocitarie;
b) proliferazione di fibroblasti e, in particolare, di quelli dotati di elevata capacità proteino-sintetica;
c) aumento delle plasmacellule.

ORMONI

La dimostrazione della presenza a livello gengivale di recettori specifici per *estrogeni* e *progesterone* risale ad oltre 20 anni fa (4 ; 5). Le alterazioni dei livelli ematici di tali ormoni nelle varie fasi della vita femminile, sono implicate nel determinismo della patologia parodontale (6).
Nonostante queste evidenze, le parodontopatie di origine ormonale non trovano una corretta collocazione nell'ambito dell'Odontoiatria accademica (1).

SOSTANZE VOLUTTUARIE

Alcool e *tabacco* influiscono negativamente sulla biologia del parodonto.
I fumatori presentano:
a) riduzione dei linfociti *helper*, supportanti la funzionalità dei linfociti B e, di conseguenza, la produzione di anticorpi;
b) diminuzione delle Immunoglobuline A salivari e delle Immunoglobuline G;
c) riduzione della funzione fagocitaria dei granulociti polimorfonucleati;

FIG. 2

d) ostacolo alla rivascolarizzazione dei tessuti con conseguente ritardo ed inibizione dei processi di guarigione delle lesioni parodontali e riduzione dell'efficacia di trattamenti convenzionali chirurgici e non (7).

REGOLAZIONE DI BASE DELLA MUCOSA ORALE

Il danno al tessuto parodontale è, spesso e per lo più, conseguenza della risposta dell'organismo a popolazioni batteriche, stimoli ormonali, sostanze farmacologiche e voluttuarie.
Infatti, analizzando le peculiarità della regolazione di base della mucosa orale è presente un Sistema di difesa *aspecifico*, come dimostrato da Heine: l'equilibrio immunitario della mucosa orale non è spiegabile con le sole reazioni anticorpali poiché questo tipo di difesa soccomberebbe sotto il carico dei diversi antigeni con cui entra quotidianamente in contatto.
Per questo motivo, nello strato papillare subepiteliale, subito sotto la membrana basale, è presente un tipo di cellula fibromonocitaria che, quando stimolata, evolve **in senso macrofagico**, con intensa attività aspecifica in grado, tuttavia, di tornare alla condizione iniziale, una volta venuta meno la *noxa* causale (8).
Queste cellule corrispondono alle *lining cells* presenti in ogni parte dell'organismo, sotto la membrana basale.
Nella mucosa orale, il Sistema di difesa si estende anche nel sottostante strato reticolare.
Qualora la *noxa* dovesse attivare cronicamente il Sistema difensivo, le cellule monocitarie attivate potrebbero entrare in **fase di autoaggressione**, danneggiando i tessuti parodontali in modo talvolta irreversibile (9).

MATERIALI E METODI

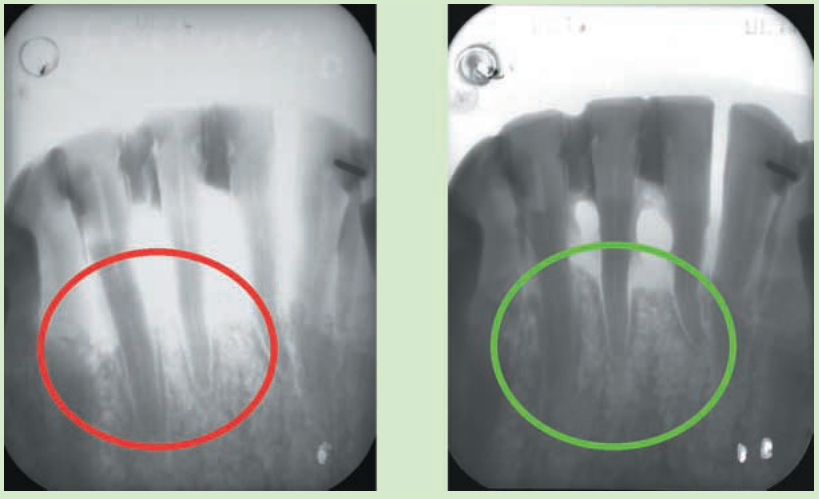
Nell'ambito di uno studio ancora in corso, sono stati osservati e trattati dallo stesso operatore **42 pazienti** (25 F; 17 M) di età compresa tra 23 e 69 anni, con alterazioni parodontali: dalla gengivite diffusa – nel caso di lesioni limitate al tessuto gengivale – fino a forme di parodontite, con tasche parodontali di diversa profondità.
– Il criterio principale di **inclusione** è stato la presenza di buone condizioni di igiene orale in pazienti non sottoposti a rimozione meccanica di placca e tartaro nei 3 mesi antecedenti l'inizio del trattamento.
– Criteri di **esclusione** o *drop out* dallo studio: eventuale assunzione di *difenilidantoina*, *ciclosporina*, *nifedipina* e antibiotici; era escluso anche l'uso di colluttori.
Durante tutto il *trial*, i pazienti hanno perseguito terapie per altre patologie, inclusa l'assunzione orale di estroprogestinici a scopo anticoncezionale.
Alla prima visita di inclusione, oltre ad un esame generale del cavo orale, venivano rilevati alcuni parametri clinici, universalmente riconosciuti secondo il modello redatto dal *Periodontal Disease Clinical Research Center, School of Dental Medicine, State University of New York at Buffalo; Buffalo, New York* (10).

Parametri considerati:

- ***Visible Plaque*** (**VP** = indice della placca visibile): assenza o presenza della placca sulle singole superfici dentali valutata, rispettivamente, con *score* di 0 o 1;
- ***Gingival Bleeding*** (**GB**): una sonda *Michigan 0* viene inserita, a 2 mm di profondità, parallelamente all'asse maggiore del dente e fatta scorrere

FIG. 3

FIG. 4



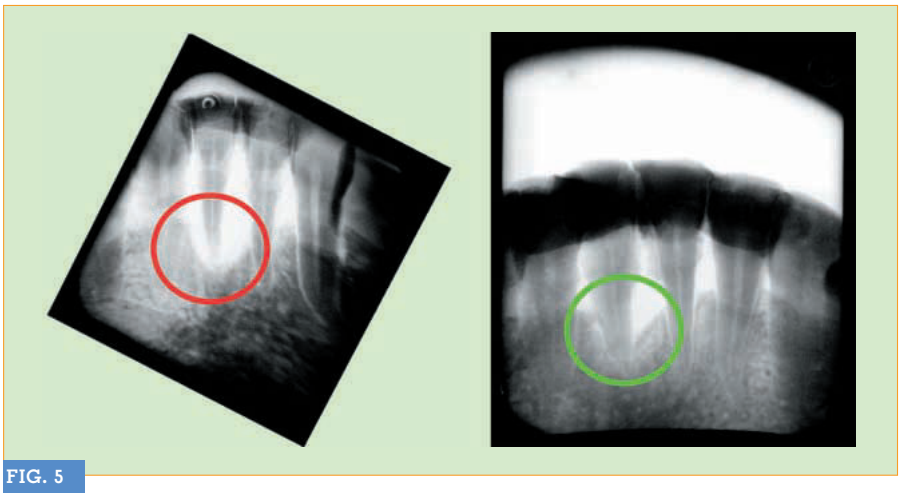


FIG. 5

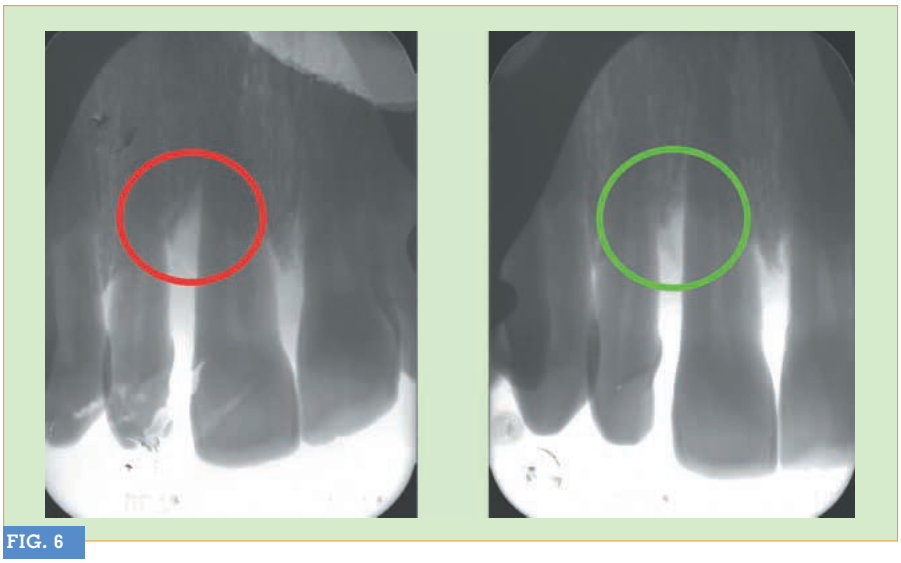


FIG. 6

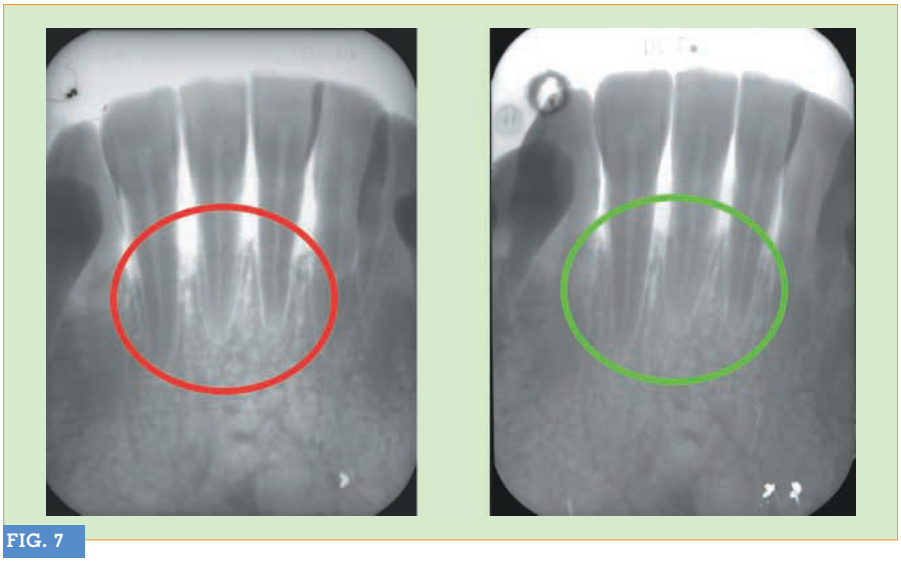


FIG. 7

intorno ad esso; l'assenza o presenza di sanguinamento sulle singole superfici del dente, entro un intervallo di 15 secondi, viene valutata rispettivamente con *score* di 0 o 1;

- ***PD*** (profondità delle tasche parodontali): misurazione delle tasche parodontali con sonda millimetrata applicata con pressione costante di 20 grammi;
- ***CAL*** (livello dell'attacco gengivale): misura la differenza tra distanza giunzione amelodentinale – margine della gengiva libera e profondità delle tasche nello stesso punto, in 6 siti diversi.

PROTOCOLLO TERAPEUTICO

Il protocollo terapeutico oggetto di studio è stato ripartito nell'arco di 10 sedute, a frequenza bisettimanale ed articolato in 2 fasi (A;B).

A) Terapia omotossicologica

Sono stati utilizzati i seguenti medicinali omotossicologici in fiale:

- Arnica compositum-Heel®
- Echinacea compositum S
- Parodontium compositum
- Mucosa compositum
- Coenzyme compositum Ampullen
- Ledum compositum.

Tre ml del *cocktail* di questi medicinali sono stati iniettati nella mucosa orale, a livello del fornice gengivale, in diversi punti di entrambe le arcate, utilizzando aghi da intradermoterapia distrettuale (4 mm – 30 G).

I medicinali sono stati individuati e scelti in base alle proprie peculiari, intrinseche caratteristiche farmacologiche:

- ***Arnica compositum-Heel®***: alta attività anti-infiammatoria, analgesica, anti-edemigena ed anti-essudativa sui diversi tessuti;
- ***Echinacea compositum S***: farmaco di elezione per la stimolazione delle difese antibatteriche;
- ***Parodontium compositum***: farmaco specifico per il trattamento delle lesioni parodontali;
- ***Mucosa compositum***: farmaco scelto sec. la Materia Medica di Reckeweg in relazione alle patologie più frequentemente repertoriate nell'anamnesi di pazienti parodontopatici;
- ***Coenzyme compositum Ampullen***: azione di stimolo e sblocco dei complessi meccanismi biochimici che sottendono un corretto metabolismo cellulare. In caso di blocco

(Fase di Impregnazione), si avvia un processo che conduce la cellula a morte. Questo *ricostituente* cellulare omotossicologico permette ai tessuti di reagire e rigenerarsi;

- ***Ledum compositum***: considerato attivatore generale della funzione connettivale a vari livelli, con azione di stimolo trofico generale e di prevenzione della degenerazione delle strutture ossee (11; 12; 13).

▶ ***B) Terapia CromoStim® 2000*** *(Microrisonanza Terapeutica)*

Il paziente è stato successivamente sottoposto a sedute di irradiazione con CromoStim® 2000 (FIG. 2), della durata di 10 minuti cad., con regolazione in modulazione a 1000 Hz e potenza a 50.

L'azione terapeutica si esplica grazie al coinvolgimento simultaneo di 5 fattori biofisici:

– 1. emissione di onde millimetriche da 40 a 78Ghz 10^{-21} W/cm^2 (Rumori bianchi - Luce bianca invisibile);

– 2. emissione elettromagnetica iperfrequenziale coerente;

– 3. emissione infrarossa cromatica incoerente non visibile;

– 4. emissione a spettro solare infrarosso incoerente visibile;

– 5. vibrazione energetica da 11.000 a 21.000 Bovis.

L'effetto terapeutico specifico si manifesta mediante:

- miglioramento della circolazione ematica;
- accelerazione dei processi metabolici e attività mitotica fisiologica (stimola la sintesi di ATP ed acidi nucleici);
- accelerazione dei processi rigenerativi;
- effetto antistaminico;
- effetto analgesico;
- stabilizzazione delle membrane cellulari;
- miglioramento delle funzioni adesive ed ossigenative del sangue;
- effetto immunomodulante ed immunostabilizzante;
- stimolazione dello stato generale.

Le frequenze dell'irradiazione infrarossa sono simili ai bioritmi degli esseri viventi, associati a processi anabolici e catabolici; la frequenza dell'irradiazione, raggiunge ogni distretto somatico e viscerale.

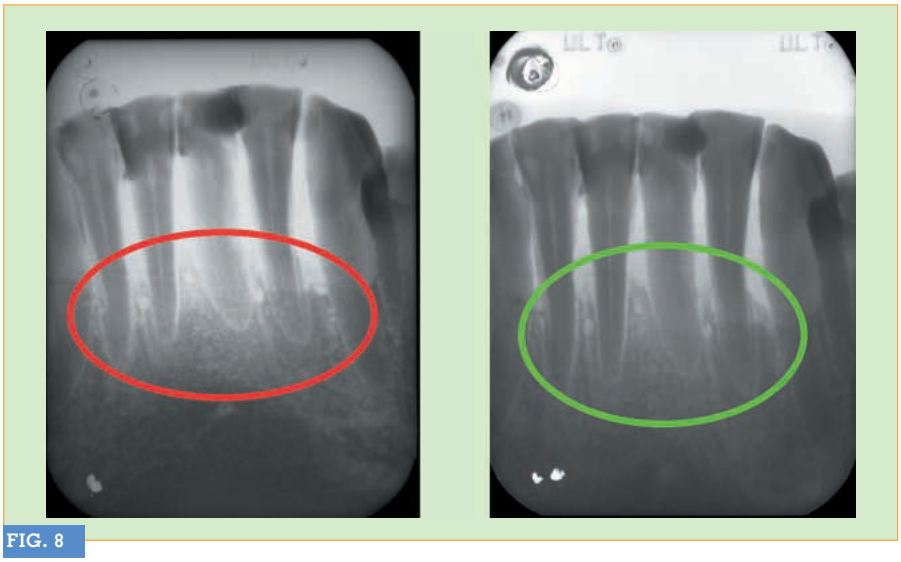


FIG. 8

RISULTATI (FIGG. da 3 a 14)

La tollerabilità del protocollo terapeutico combinato è ottima (assenza di effetti collaterali e secondari, ad esclusione di quelli prodotti dall'infissione dell'ago, che scompaiono dopo irradiazione con CromoStim® 2000).

Per ulteriore valutazione dell'efficacia, sono stati analizzati i sopraccitati parametri clinici. I risultati sono evidenziati in TAB. 1 che considera la situazione **prima** e **dopo 3 mesi dal termine** del trattamento.

FIG. 9

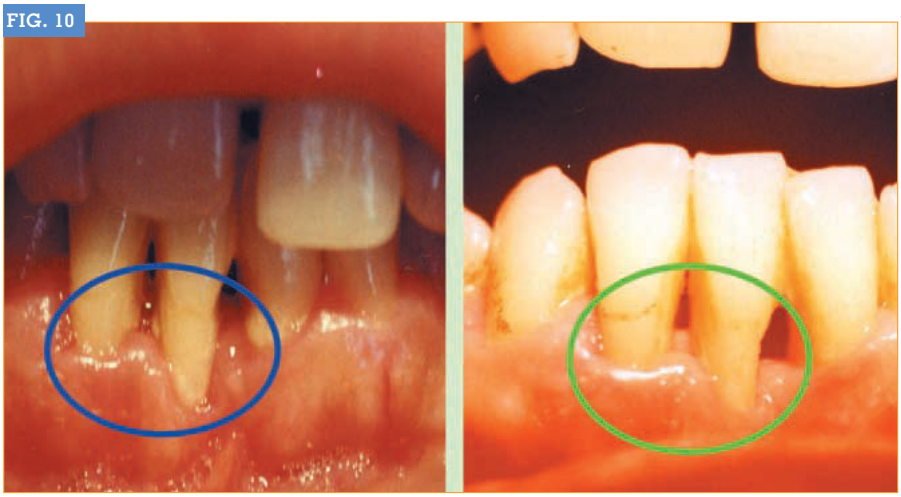


FIG. 10

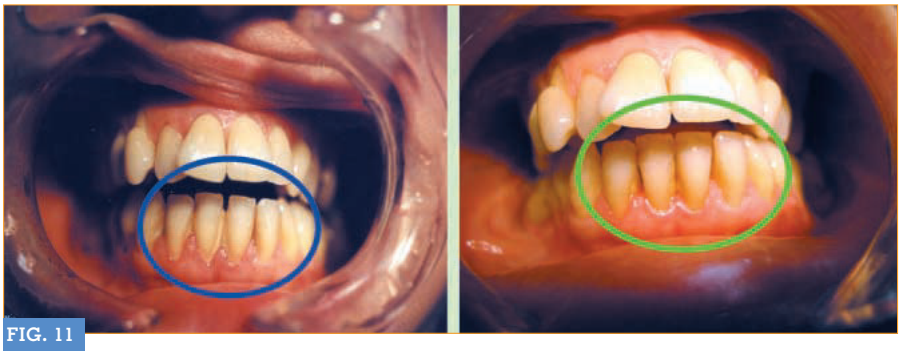


FIG. 11

CONCLUSIONI

Più che di *conclusioni* è più corretto parlare di *riflessioni*, poiché lo studio è ancora in corso.
Una sperimentazione eseguita nell'ambito di uno studio medico professionale è importante dal momento che rispecchia la realtà clinica ed i relativi aspetti positivi e negativi.
L'obiettivo era quello di individuare e valutare clinicamente un protocollo terapeutico di facile e pratica utilizzazione nella maggior parte dei casi, in modo particolare in pazienti scarsamente motivati nei confronti della Medicina Biologica e/o di una terapia domiciliare di accompagnamento.

I risultati positivi relativi a questo Gruppo di 42 pazienti, sono caratterizzati dalla presenza di segni di *rimodellamento* della cresta alveolare e di *riposizionamento* in senso coronale del bordo gengivale, come evidenziato dall'iconografia.

– Per quanto riguarda i parametri clinici considerati, i migliori risultati riguardano gli indici *Visibile Plaque* e *Gingival Bleeding*, anche se non sono trascurabili i miglioramenti relativi alla diminuzione della profondità delle tasche parodontali, soprattutto considerando la brevità del *follow-up* (3 mesi).
– Valutando le ridotte potenzialità farmacologiche dell'Allopatia in Clinica Odontostomatologica e la buona *compliance* della terapia omotossicologica, si può ragionevolmente ritenere che il protocollo in oggetto rappresenti una valida integrazione tra terapia omotossicologica individuale e trattamento chirurgico-meccanico convenzionale.
"Spesso è sufficiente* modificare *il punto di osservazione per ampliare il proprio orizzonte e vedere con chiarezza ciò che, all'inizio, appariva nebuloso e poco definito, o non appariva" (FIG. 15)**.** ■

– Testo elaborato dalla Relazione presentata dall'Autore al
X Incontro del Club dell'Omotossicologia, A.I.O.T.
Taormina, 26-27 Febbraio 2005.

FIG. 12

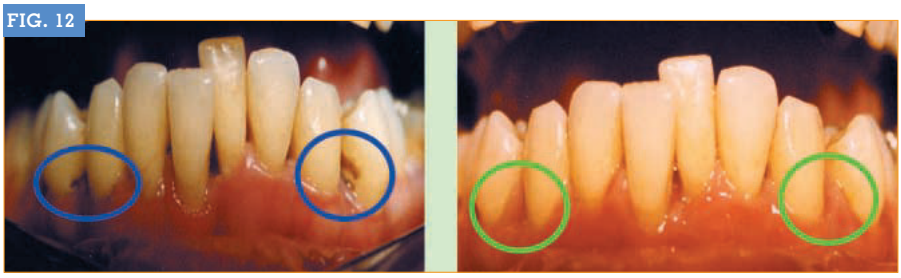


FIG. 13

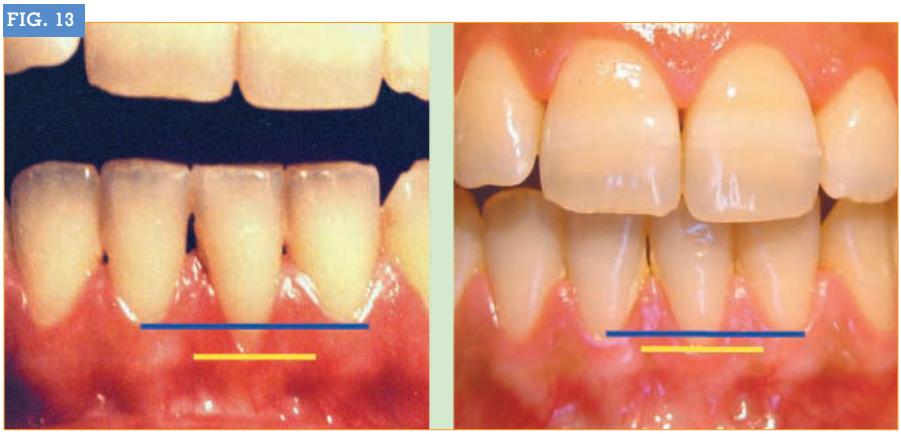
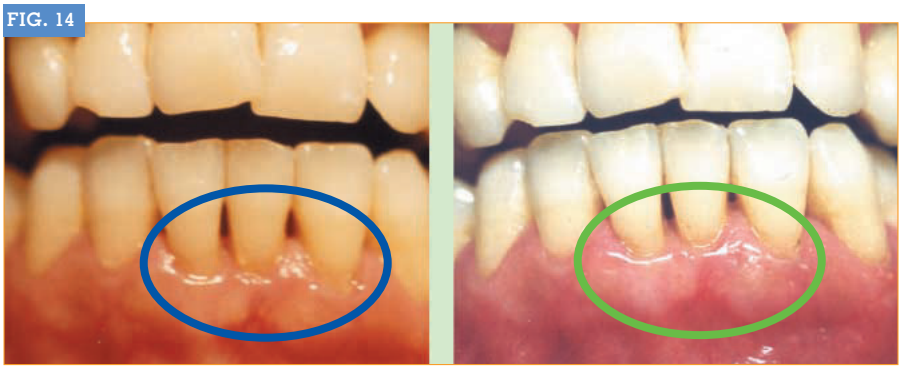
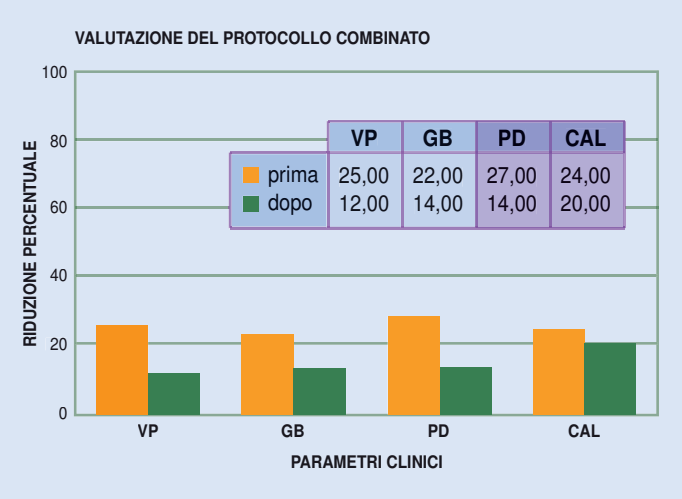


FIG. 14





	VP	GB	PD	CAL
prima	25,00	22,00	27,00	24,00
dopo	12,00	14,00	14,00	20,00

TAB. 1 **I valori numerici relativi ai parametri** VP ***(Placca visibile)*** **e** GB ***(Sanguinamento gengivale)*** **esprimono la** percentuale dei pazienti**; quelli relativi a** PD ***(Profondità delle tasche parodontali)*** **e** CAL ***(Livello dell'attacco gengivale)*** **sono espressi in** millimetri**.**

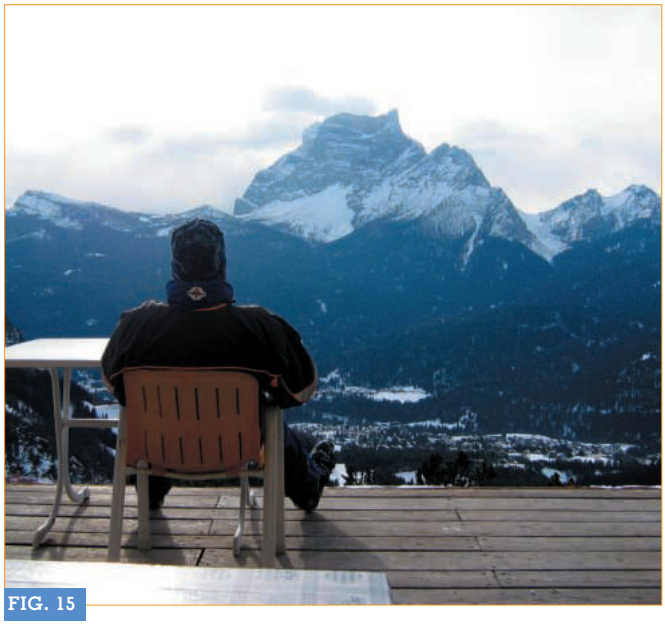


FIG. 15

Bibliografia

1. Amar S., Chung K.M. – Influence of hormonal variation on the periodontium in women. Periodontology 2000, **1994**; 6: 79-87.
2. Carranza F. – Glickman's Periodontology. Philadelphia, PA: WB Saunders, **1984**.
3. Bardaro S. – Iperplasie gengivali da farmaci. Analisi, considerazioni e piano di trattamento in medicina biologica. La Med. Biol. **1997**/1; 23-30.
4. Vittek J., Munnangi P.R., Gordon G.G., Rappaport S., Southren A.L. – Progesterone receptors in human gengiva. IRCS Med Sci **1982**; 10: 381-384.
5. Vittek J., Hernandez M.R., Wennk E.J., Rappaport S., Southren A.L. – Specific estrogen receptors in human gingiva. J Clin Endocrinol Metab **1982**; 54: 608-612.
6. Raber-Durlacher J.E., Leene W., Palmer-Bouva C.C.R., Raber J., Abraham-Inpijn L. – Experimental gingivitis during pregnancy and post-partum: immunohistochemical aspects. J Periodontol, **1993**; March: 211-218.
7. American Academy Reports Position Paper – Il tabagismo e il paziente parodontale. J Periodontol, **1999**; 70:1419-1427.
8. Heine H. – Manuale di Medicina Biologica. GUNA Ed., II Ed. **1999**.
9. Heine H., Spranger H. – Unspezifische Immunantwort in der oralen Mukosa von Genubmittelabhangigen. ZWR **1995**; 104: 23-26.
10. Norderyd O.M., Grossil S.G., Machtei E.E., Zambon J.J., Hausmann E., Dunford R.G., Genco R.J. – Periodontal status of women taking postmenopausal estrogen supplementation. J Periodontol, **1993**; October: 957-962.
11. Milani L. – Lezioni di Clinica Omotossicologica in Odontoiatria. *Dispensa* – Anno II della Scuola di Omotossicologia e Discipline Integrate in Odontoiatria; Anno Accademico **1997-1998**.
12. Milani L. – La Med. Biol., **2003**/1; *Lettere al Direttore*; pp. 87-90.
13. Bianchi I. – Repertorio Omeopatico-Omotossicologico – Materia Medica Omotossicologica. GUNA Ed., Milano, **1993**.

Riferimento bibliografico:

TOMASINI G. – La malattia parodontale: risultati di un protocollo omotossicologico. – Ruolo della regolazione di base.
La Med. Biol., **2006**/1; 23-29.

Indirizzo dell'Autore:

Dr. Gabriele Tomasini
– Medico-Chirurgo
– Specialista in Odontostomatologia
Via dei Villini, 2
I - 00019 Tivoli (RM)