



# LE GENGIVITI: ANALISI OMOTOSSICOLOGICA E COLLOCAZIONE NELLA TAVOLA DELLE FASI

**Riassunto.** Nello studio delle patologie del cavo orale viene privilegiato l'approfondimento dell'aspetto microbiologico ed isto-anatomopatologico. Non è quasi mai preso in esame lo stato generale del paziente che rappresenta, secondo la medicina biologica, il vero momento causale. In tal modo la diagnosi differenziale diviene priva di significato in quanto la terapia adottata, medica o chirurgica, risulta simile anche per malattie a diversa eziologia; nella maggioranza dei casi la terapia è prevalentemente sintomatica o riparativa. Le gengiviti sono un esempio emblematico di questo modus operandi. In questo lavoro viene compiuta l'analisi omotossicologica di 10 diversi tipi di gengivite con relativo inquadramento del paziente. Da tale esame emergono interpretazioni, quindi cause, terreni ed orientamenti terapeutici, completamente differenti fra loro e, soprattutto, diversi da quelli prospettati dalla medicina accademica.

**Parole chiave:** GENGIVITI, OMOTOSSICOLOGIA, INQUADRAMENTO DEL PAZIENTE

**Summary.** In the study of mouth pathologies high priority is given to the microbiological, isto-anatomopathologic aspect. The general state of the patient is rarely taken into account even though, according to the biological medicine, here lies the real causal event. In this way the differential diagnosis loses its meaning as the adopted medical or surgical therapy is similar to those used in pathologies with a different etiology beside being very often just symptomatic or restorative. Gingivitis is an important example of this modus operandi. This paper is concerning the homotoxicologic analysis of 10 different types of gingivitis and the corresponding evaluation of the patient's situation. Emerging interpretations form this analysis - causes, grounds and therapeutical trends - are completely different from those of the academic medicine.

**Key words:** GINGIVITIS, HOMOTOXICOLOGY, PATIENT'S STATE

Il cavo orale è uno dei distretti che senza alcun dubbio rivestono un ruolo centrale nel "sistema uomo". La molteplicità e l'estrema differenziazione dei suoi tessuti è espressione dell'alta specializzazione e del vasto numero di funzioni basilari svolte dall'apparato buccale.

L'importanza di tale apparato, già riconosciuta in medicina accademica, aumenta di molto nella concezione olistica del paziente.

Nell'ambito di svariate discipline specifiche (vedi: Iridologia, Cromoterapia, Riflessoterapia del piede sec. Anne Marquardt) vengono tenute in grande considerazione le mappe riproduttrici l'apparato oro-dentario.

Voll, con i suoi studi di elettroagopuntura, è riuscito, attraverso anni di lavoro partendo dalle nozioni contenute nel Ney King (opera cardine della medicina tradizionale cinese) (54), a stabilire per ogni odontone (dente e relativo parodonto) un proprio territorio di interferenza organica (55).

La stomatologia cinese (18) in uno dei suoi testi più importanti, il Quin Jiao Bizhi, riferisce sulla "Teoria delle Aperture" che, stabilendo il rapporto di tutti gli organi con un orifizio superfi-

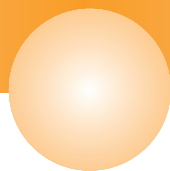
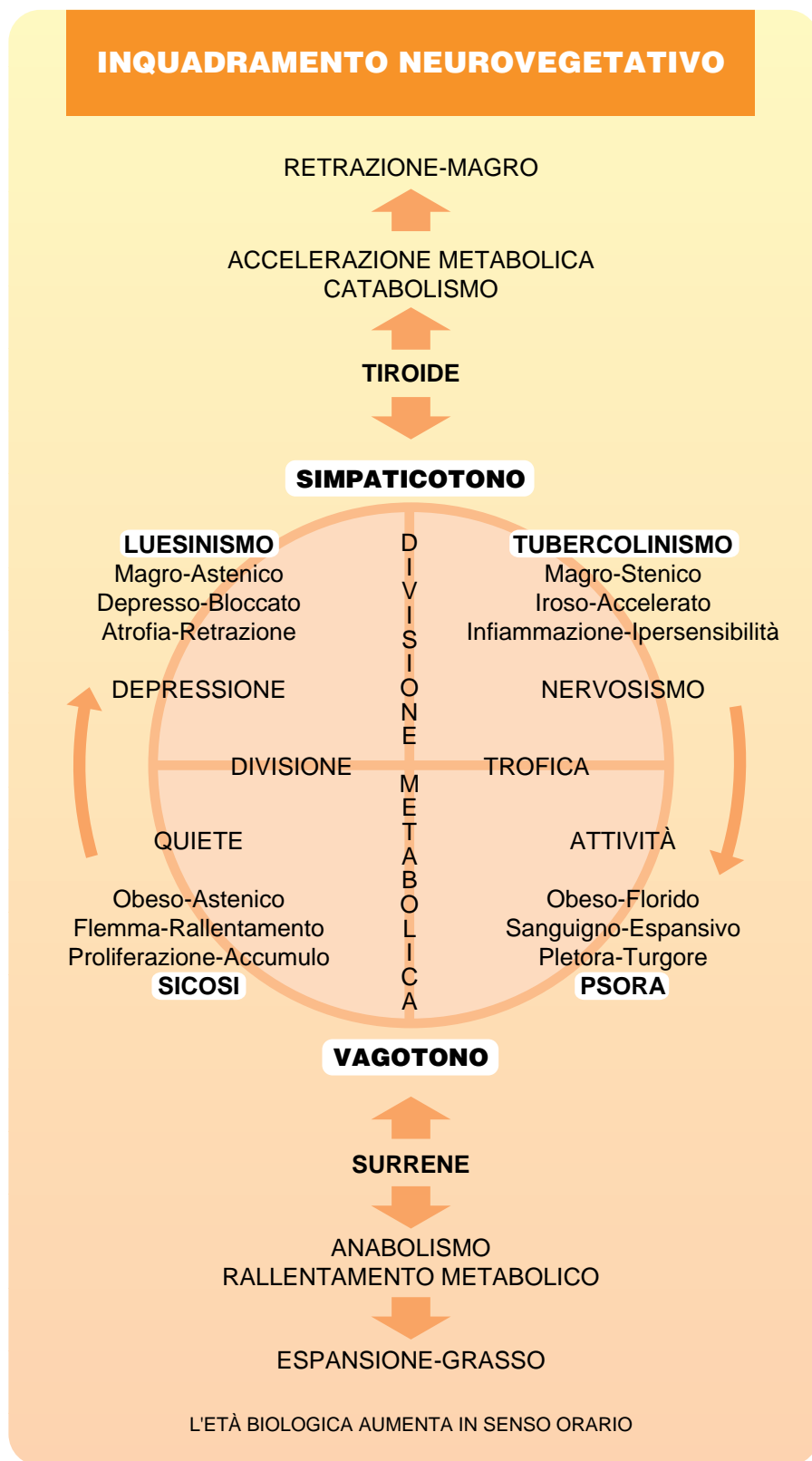


Fig. 1. Inquadramento neurovegetativo sec. I. Bianchi, 1992.



ciale, porta ai collegamenti della bocca con vari distretti (cardiaco, splenico, gastrico, ecc.). Da qui deriva l'importante ruolo semeiotico svolto dalla glososcopia in Cina e riconosciuto in gran parte anche in Occidente.

Le patologie proprie del cavo orale sono però frequentemente identificate in modo generico e raggruppate sotto il medesimo termine. La diagnosi differenziale di queste, essendo considerata a volte meramente virtuale, risulta sovente insufficiente per svincolarsi da atteggiamenti terapeutici tanto simili quanto spesso inutili o addirittura dannosi.

Con l'analisi omotossicologica, invece, tali malattie rivelano eziologie e soprattutto terreni del tutto differenti. La stessa analisi evidenzia, inoltre, come queste manifestazioni costituiscano anelli di congiunzione fondamentali per l'iter interpretativo della patologia del paziente.

In tal modo possiamo entrare in possesso degli elementi necessari per capire che cosa stiamo curando e quale potrebbe essere l'evoluzione del paziente.

È di estremo valore quindi, nell'intraprendere trattamenti efficaci nel cavo orale, affrancarsi dall'eccessiva disinvoltura e dal semplicismo mediante previa ed esatta collocazione delle noxae orali nella tavola delle fasi omotossicologiche.

In relazione a ciò appare doveroso ammettere che molte lesioni di natura odontoiatrica necessitano di una rappresentazione più ampia e circostanziata in seno alla tavola stessa. Soprattutto i non odontoiatri potrebbero infatti essere indotti, per esempio, a collocare indifferentemente tutte le gengiviti in una "fase di reazione orodermale".

Tale atteggiamento, oltre a favorire approcci terapeutici poco mirati, impedisce di focalizzare il significato della lesione e quindi di leggere i sintomi attraverso cui l'organismo esprime un profondo squilibrio: non va mai dimen-

ticato che la nostra operatività nel cavo orale può avere ripercussioni sull'organismo intero.

## IL QUADRO NEUROVEGETATIVO ED IL RUOLO DELLA PATOLOGIA

Per collocare una malattia nella tavola delle fasi va elaborata una compiuta analisi omotossicologica della stessa, il che significa esaminare il **profilo neurovegetativo** (10) del paziente (Fig. 1) dal momento che a quest'ultimo va attribuita determinanza patogenetica. In **omeopatia classica** (27) l'aspetto clinico è considerato sommariamente perché viene privilegiato l'aspetto antropobiocostituzionale dell'individuo.

In **allopatia** lo studio dell'evento nosologico assume connotati quasi parossistici relegando il paziente in un ruolo marginale.

Solo l'**omotossicologia** (44) prevede una lettura ampia ed esaustiva della malattia che possa fornire elementi chiave per tracciare un quadro di **terreno**, vero target dell'indagine, identificabile fra una certa **costituzione** ed i **sovraccarichi** gravanti su di essa.

L'interpretazione della patologia potrà fornire dati preziosi per la comprensione delle peculiarità dello squilibrio generale che, non garantendo più l'omeostasi, diminuisce la resistenza agli stressori in favore della malattia stessa; tale lettura farà anche apparire più chiaro il repertorio nosologico proprio del paziente ed il modo assolutamente personale con cui questo viene espresso.

Questi concetti, peraltro in linea con gli attualissimi fondamenti **P.N.E.I.**, ci riconducono ai quattro **miasmi** fondamentali che possiamo riconoscere nei relativi settori dell'inquadramento neurovegetativo.

Possiamo anche stabilire un aumento dell'**età biologica** procedendo in senso orario a partire dal quadrante superiore destro.

## LE MALATTIE DELLA GENGIVA

Nel presente studio vengono prese in esame le gengiviti perché, essendo di facile ed immediata osservazione e molto diffuse, si ritiene possano essere di maggior interesse ed utilità anche per l'omotossicologo che non eserciti l'odontostomatologia.

Esse inoltre rappresentano argomento emblematico circa la copiosità di manifestazioni nosologiche a diverso significato che si possono riscontrare nel cavo orale. Infatti sotto il termine "Gengivite" vengono etichettate patologie diverse per natura, aspetto e localizzazione.

In linea con quanto detto si specifica che il postfisso -ite viene usato con valore convenzionale; infatti il termine "gengivite", essendo normalmente applicato per tutte le patologie di seguito trattate, risulta spesso scervo dal reale significato di "flogosi acuta della gengiva".

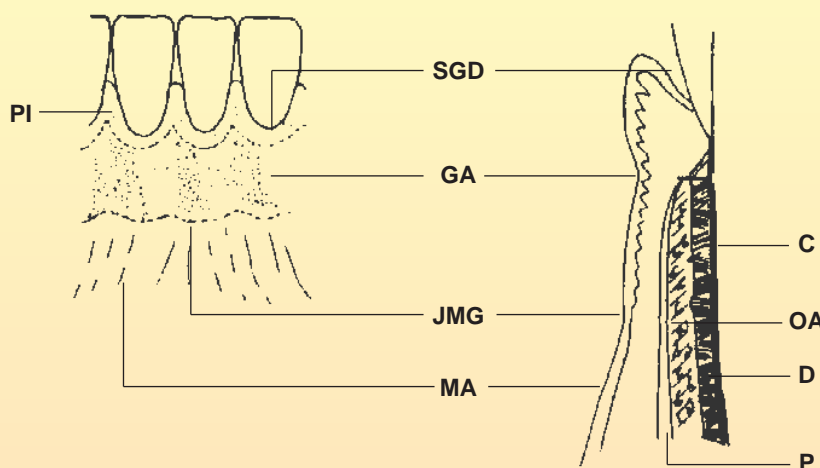
## RICHIAMI ANATOMOTOPOGRAFICI

Il tessuto di sostegno del dente è il **parodonto** che è a sua volta composto, oltre che dalla gengiva, dall'osso alveolare, dal cemento radicolare del dente e dal **legamento parodontale** (o **alveolo-dentale** o **desmodonto**) (Fig. 2).

Si distinguono topograficamente tre parti di gengiva:

- **G. libera o marginale**: da 0,7 a 2 mm di altezza, è limitata da una depressione che la separa dalla g. aderente. Fra di essa ed il dente si delimita il solco gengivale di profondità variabile (0,5-3 mm) valutabile con sonda parodontale.

Fig. 2. *Anatomo-topografia della gengiva.*



**PI:** papilla interdentaria  
**SGD:** solco gengivo-dentario  
**GA:** gengiva attaccata  
**JMG:** giunzione mucogengivale  
**MA:** mucosa

**C:** cemento  
**OA:** osso alveolare  
**D:** desmodonto  
**P:** periostio



- **G. aderente o attaccata o cheratinizzata:** da 0 a 7 mm con aspetto a buccia d'arancia. La sua altezza e spessore sono molto importanti perché offre resistenza ai processi flogistici ed agli impatti dovuti alla masticazione: il suo rilievo consente una buona autodeterzione. Costituisce la barriera naturale fra la g. libera e la trazione esercitata dai frenuli di labbra e guance. Per tali motivi una sua altezza inferiore ai 3 mm è da valutarsi in senso patologico.
- **G. interdentale o papillare:** ha funzione di guarnizione fra due elementi

dentali adiacenti. Il fatto che non sia cheratinizzata spiega la sua vulnerabilità, aggravata dalla forma (convessa anteriormente e concava posteriormente).

**Patologie trattate:**

- Gengivite da placca batterica
- Gengiviti su base ormonale (premenstruale, puberale, gravidica, epulide gravidica)
- Gengivite iperplastica in corso di diabete
- Gengiviti iperplastiche da farmaci

- (antiepilettici, ciclosporina, Ca-antagonisti)
- Gengivite desquamativa
- Gengivite ulcero-necrotica acuta
- Gengivo-parodontite in corso di A.I.D.S.

**GENGIVITE DA PLACCA BATTERICA**

È la gengivite classica, banale, dovuta ad eccessivo accumulo di placca batterica (Fig. 3).

Chiunque, astenendosi completamente dalla deterzione quotidiana dei denti, sviluppa una gengivite di questo tipo in venti giorni (35). È reversibile se si adotta subito un piano di trattamento basato soprattutto sulla rimozione della placca. Se persiste, le sue manifestazioni divengono più accentuate ed estese rendendo meno probabile la restituito ad integrum preparando il terreno per patologie più gravi (malattia parodontale). Spesso la terapia è basata su collutori antibatterici, F.A.N.S. anche sotto forma di collutorio (es. Tantum verde, Froben), antibiotici.

Le sue caratteristiche standard sono il rossore, l'edema ed il sanguinamento.

Sebbene sia facilmente etichettabile come una "fase di reazione orodermale" essa può assumere alto valore in quanto "spia di terreno". Si deve infatti precisare che la sintomatologia non è presente in tutti i casi e comunque, superata la fase di esordio, vengono sempre a stabilirsi quadri con aspetti predominanti differenti da individuo a individuo, pur restando identica l'eziologia.

**Sintomatologia prevalente:**

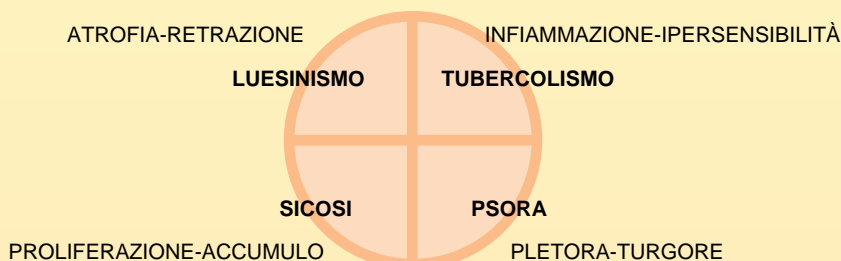
- DOLORE, FLOGOSI ACUTISSIMA (simpaticotonico, stenico, ipersensibile, tubercolinico)
- GONFIORE, ROSSORE (vagotonico, stenico, attivo, psorico)
- IPERTROFIA a partenza papillare (vagotonico, astenico, rallentato, sicotico)

**GENGIVITE DA PLACCA BATTERICA**

**ROSSORE - EDEMA - SANGUINAMENTO**

REAZIONE GENGIVALE PER ECCESSO ACCUMULO DI PLACCA BATTERICA

SPIA DI TERRENO IN RELAZIONE ALLE CARATTERISTICHE PREVALENTI:



**FASE DI REAZIONE ORODERMALE**

TERAPIA:

- RIMOZIONE PLACCA
- ARNICA HEEL, GENGIVA SUIS INJEEL (FASE DI REAZ.)
- TERAPIA DI FONDO: SECONDO INQUADRAMENTO

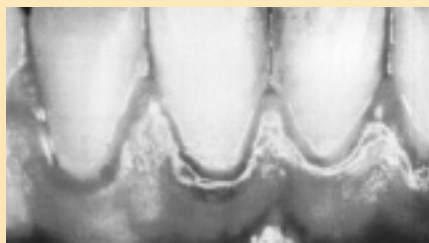
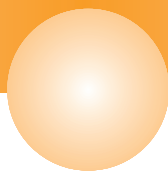


Fig. 3



- RECESSIONI della gengiva (simpatico-tonico, astenico, depresso, luesinico)

Questo fenomeno, poco preso in seria considerazione o cercato di precisare in alcun modo in odontoiatria accademica, diviene prezioso se letto dall'ottica omotossicologica: ci permette di acquisire informazioni utilissime per stabilire il tipo di paziente in questione e conseguentemente quale sia il trattamento più mirato da adottare (soprattutto nei casi maggiormente refrattari alle terapie). Per di più in tal modo possiamo fare "vera" terapia, operare cioè prevenzione e tendere all'annullamento delle recidive così da evitare le cronicizzazioni e quindi l'ulteriore indebolimento di un organo che già rappresenta un locus minoris resistentiae; risultano anche chiarite quali siano le patologie, locali e generali, a cui il soggetto è predisposto.

La terapia della gengivite da placca batterica consiste soprattutto nella rimozione meccanica della placca e del tartaro, ambulatoriale e domiciliare, da attuarsi con le metodiche, la frequenza e la durata adeguate al caso.

I farmaci omotossicologici, sicuramente di ausilio, sono **Arnica-Heel** (farmaco principe delle fasi di reazione) e **Gingiva suis-Injeel** con funzione tracciante per l'Arnica nonché azione organostimolante e, in parte, isopatica. Tali farmaci sono certamente più efficaci se iniettati nel fornice soprattutto in punti di agopuntura specifici.

La terapia del fondo andrà decisa secondo l'inquadramento.

## GENGIVITI SU BASE ORMONALE

Sono un gruppo di gengiviti ad alta incidenza determinate da un sovraccarico ormonale estro-progestinico (Fig. 4).

Possono venir distinte in:

- a) Gengivite premenstruale

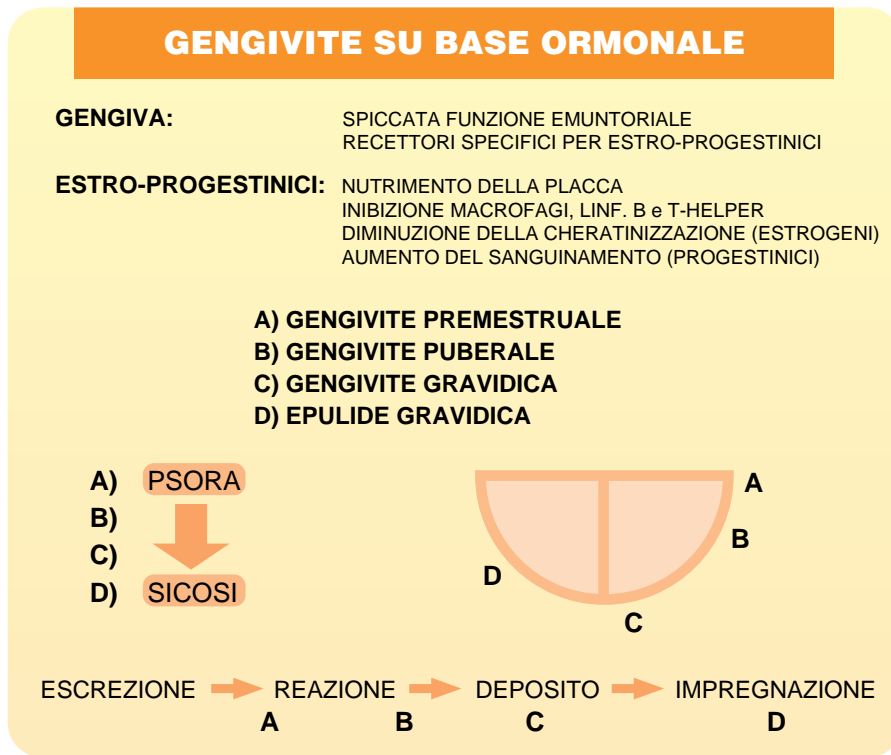


Fig. 4

- b) Gengivite puberale  
 c) Gengivite gravidica  
 d) Epulide gravidica

A tal proposito va precisato che la gengiva, oltre a possedere recettori specifici per tali ormoni (28), svolge un marcato ruolo emuntoriale che si accentua quando gli organi principali preposti a tale funzione sono in deficit funzionale (vedi le gengiviti uremiche nei pazienti dializzati). Gli estro-progestinici impegnano soprattutto il fegato in modo rilevante. In particolare gli estrogeni a livello gengivale, interferendo con la regolazione della differenziazione cellulare dell'epitelio stratificato, determinano una diminuzione dello strato cheratinico.

I progestinici invece, agendo sull'endotelio capillare della gengiva, ne alterano la microvascolarizzazione provocando un consistente innalzamento del "gum bleeding index" (49). Entrambi gli ormoni rappresentano un pabulum ottimale per i germi della placca batterica; è stato ad esempio accertato che, sostituendo la vitamina

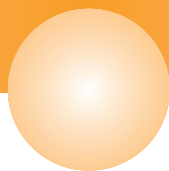
K, nutrimento principale della Prevotella intermedia, si produce un aumento di quest'ultima nelle gengiviti gravidiche (32). Sempre al complesso estro-progestinico è inoltre riconosciuta una forte azione immunodeprimente a carico dei linfociti T-helper, dei linfociti B e dei macrofagi (43).

In tali casi avere un quadro chiaro della situazione è fondamentale poiché non si devono indurre ulteriori sovraccarichi prescrivendo farmaci re-tossici; in queste situazioni infatti essi risultano privi di significato terapeutico, impegnano oltremodo una funzionalità emuntoriale già sofferente e comunque, a causa della loro azione soppressiva, rappresentano sempre un grosso rischio per eventuali vicarizzazioni progressive.

La sola rimozione meccanica della placca è insufficiente a risolvere la situazione dal momento che queste patologie spesso si mostrano associate a concentrazioni minime di microagenti.

Diatesicamente, dalla A alla D, si progredisce da uno stato di psora a quello di sicosi conclamata.





## GENGIVITE PREMESTRUALE

### ROSSORE - EDEMA - SANGUINAMENTO

PER: – ECCESSO DI ESTROGENI  
– PERSISTENZA DI PROGESTINICI

ANCHE CON ESIGUA QUANTITÀ DI PLACCA  
ATTIVITÀ EMUNTORIALE INTENSIFICATA  
PATOLOGIA BANALE - PERICOLO SE SOPPRESSA

### PSORA STENICA

(SOVRACCARICO TRANSITORIO)



### FASE DI REAZIONE ORODERMALE

DISREGOLAZIONE ENDOCRINA  
(IPOFISI, GONADI, ecc.)

CONSEQUENTE IMPEGNO EPATICO

#### TERAPIA:

- LOCALE
- REGOLATIVA ENDOCRINA
- DELL'EMUNTORIO PRINCIPALE
- DEL FONDO

Fig. 5

Dal punto di vista neurovegetativo procedono sempre più verso il **vagotonico** e l'**astenia**.

Sulla tavola delle omotossicosi le possiamo quindi collocare a partire da una fase di **reazione** iniziale per la A sino ad arrivare ad una di **netta impregnazione** per la D.

#### a) Gengivite premenstruale (Fig. 5)

È una patologia frequentissima che si presenta con le stesse caratteristiche standard della gengivite da placca iniziale. In questo caso però la sintomatologia è alquanto simile nei diversi soggetti proprio perché la patologia si manifesta solamente in coloro che presentano un particolare status fisiopatologico: infatti la malattia altro non è se non l'espressione della condizione del paziente.

Si verifica in associazione con minima presenza di placca batterica che rappresenta, forse, uno dei possibili fattori scatenanti ed aggravanti. Va del resto evidenziato che, poiché la gengiva rappresenta un terreno omotossico, i batteri vengono "utilizzati" per avviare una fase di depurazione (benefica e opportuna secondo H.H. Reckeweg) che in tale situazione è il vero significato della flogosi (44).

La terapia comunemente adottata si basa sulla rimozione della placca e la somministrazione di farmaci allopatrici per via topica e sistemica. Tale modus operandi, che è peraltro simile a quello attuato in tutti i tipi di gengivite, risulta frequentemente di scarsa efficacia (comunque transitoria) poiché si basa su rimedi sintomatici che favoriscono le recidive, l'indebolimento dell'organo ed eventuali vicariizzazioni progressive.

Infatti si ripresenta periodicamente in fase premenstruale per cui la paziente viene di sovente indirizzata dal ginecologo, che prescrive spesso ormoni estro-progestinici rafforzando così il momento patogenetico determinante.

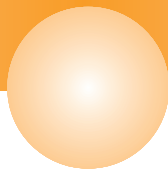
Tale patologia si colloca nel quadro più generale della "sindrome premenstruale" che, essendo causata dall'eccesso estrogenico e dalla persistenza progestinica, determina il ritardo della fase mestruale e la difficoltà di flusso. Si hanno pertanto l'edema ricorrente femminile e la dismenorrea tipiche delle pazienti con gengivite premenstruale.

Rappresenta una **Psora stenica** ossia una escrezione che, nel momento dell'aumento eccessivo del sovraccarico o dell'affaticamento emuntoriale, assume i contorni di una **fase di reazione orodermale**. Il **piano terapeutico** in questi frangenti deve quindi necessariamente articolarsi nel seguente schema (peraltro variabile a seconda del singolo caso e del momento).

- **locale**: identico alla gengivite da placca (rimozione meccanica dei batteri, Arnica-Heel e Gingiva suis)
- **regolativo endocrino**: *Lilium compositum*. Possono essere anche prescritti *Hormeel*, *Pulsatilla-Injeel* o *Aristolochia clematitis-Injeel* per favorire il flusso
- **emuntoriale**: soprattutto *Hepeel*, altro farmaco fondamentale nelle fasi di reazione
- **del fondo**: vedi inquadramento

#### b) Gengivite puberale (Fig. 6)

Una condizione più recettiva e/o un eccessivo carico ormonale più stabile nel tempo danno luogo ad una lesione con caratteristiche che, seppur poco differenti dalla g. premenstruale, sono cariche di significato. Infatti la cronicizzazione del turgore e la tendenza alla stasi, che rende più scuro sia l'aspetto generale che quello del sangue emesso, sono il prodotto di una aumentata tendenza **vagotonica** che si instaura nel pur giovane paziente.



L'abbassamento della reattività induce il soggetto verso uno stato di **psora** sempre più astenica che configura una **fase di deposito orodermale** a livello gengivale: è infatti legittimo supporre che in questi casi vi sia interessamento anche di altri organi (per es. un fegato da stasi).

La g. puberale si manifesta spesso anche nei soggetti di sesso maschile a causa degli squilibri ormonali dovuti all'assestamento di tutto il sistema endocrino: infatti soventemente è accompagnata da ginecomastia.

La terapia è simile a quella della g. premenstruale anche se va adeguata alla fase di deposito e al trattamento di soggetti di sesso maschile.

Un caso particolarmente interessante è quello illustrato in Fig. 6: in questo caso, soprattutto per la presenza dei canini decidui di destra, è evidente che il soggetto si trova in periodo puberale non potendo avere più di quattordici e meno di undici anni.

La gengiva di questo paziente, forse a causa dell'eccedenza ormonale o di una costituzione estremamente favorente, ha assunto le connotazioni di una vera e propria iperplasia localizzata.

La considerazione che ne deriva è che siamo di fronte ad uno dei casi paradigmatici di come sia possibile utilizzare la **Tavola dei rapporti dente-organo sec. Voll (55)** in omotossicologia oltre che in elettroagopuntura; questi odontoni sono infatti collegati con i surreni, l'apparato urogenitale, le gonadi ed il fegato.

Tutto ciò sottolinea il concetto che le malattie presentano sempre aspetti variabili, che, se analizzati contemporaneamente, permettono la comprensione reciproca ma che se letti separatamente, possono divenire addirittura devianti.

### c) Gengivite gravidica (Fig. 7)

La sintomatologia oggettiva rispecchia, anche se in modo accentuato, quella della g. Puberale. Vi si aggiun-

ga però sempre l'**ipertrofia papillare** indicativa di una diatesi **sicotica** che, si va instaurando per la continua infortunazione ormonale.

L'iporeattività, il rallentamento metabolico e la tendenza alla ritenzione, tipiche di una netta prevalenza vagotonica, sono il prodotto di una esaltata attività surrenale che, favorendo i processi anabolici di sintesi proteica, provoca lesioni di tipo produttivo.

La g. gravidica è decisamente collocabile in una fase di **deposito orodermale** con forte tendenza al superamento della divisione biologica.

La **terapia biologica** assume grande valore in questo tipo di patologia perché evita gli effetti collaterali delle terapie allopatiche. Permette inoltre di evi-

tare il rischio di stabilizzazione della lesione e di vicariazione progressiva. Fornisce infine un valido aiuto a quella percentuale di soggetti che durante la gestazione non rispettano le buone regole di igiene orale domiciliare e mostrano minor propensione verso trattamenti ambulatoriali dello stesso tipo.

Alcuni farmaci utili nella g. gravidica, che risultano peraltro tipici della fase di deposito, sono:

- **Lymphomyosot**: Tropismo delle mucose orali, flogosi cronico-ipertrofiche, disturbi del metabolismo del Ca++, idrogenoidismo, riattivazione del mesenchima.
- **Galium Heel**: Tropismo per l'apparato sessuale femminile, aumento delle difese aspecifiche, disturbi della cal-

## GENGIVITE PUBERALE

### TURGORE CRONICO - SANGUINAMENTO ASPETTO PIU' SCURO

### SOVRACCARICO ORMONALE MAGGIORE E DI PIU' LUNGA DURATA

INTERESSA ANCHE I MASCHI

**PSORA "CONCLAMATA"**  
(VOLGE ALL'ASTENIA)



### FASE DEPOSITO ORODERMALE

TERAPIA:

- COME LA PREMENSTRUALE MA ADEGUATA ALLA FASE



Fig. 6







sere effettuato solo dopo il parto, presenta molte controindicazioni ed una bassissima compliance dovuta alle inestetiche retrazioni gengivali residuanti (23, 31).

### **GENGIVITI IPERPLASTICHE DA FARMACI ED IN CORSO DI DIABETE** (Fig. 9, 10)

È opportuno trattare insieme questi due tipi di gengivite poiché, al di là degli specifici percorsi patogenetici, in questi pazienti si riconoscono forti similarità nelle caratteristiche mesenchimali. Tali peculiarità comuni, presenti del resto anche nelle gengiviti gravidiche iperplastiche e nell'epulide gravidica, si leggono in maniera inequivocabile dai referti istologici dei tessuti provenienti da queste lesioni nonché dall'aspetto esteriore delle medesime (5). Sia che si tratti di un grosso sovraccarico ormonale, farmacologico o glicemico è evidente come si arrivi ad una indistinta condizione di fondo riconducibile ad uno stato di **sicosi "conclamata"**.

Affinché tale evenienza si possa verificare è necessaria una labilità costituzionale del sistema immunitario che, ricevendo un ulteriore impulso deficitario da un carico considerevole e protratto nel tempo, favorisce l'instaurarsi di un quadro **astenico e vagotonico**.

Nelle iperplasie gengivali da farmaci è stata ravvisata una riduzione funzionale dei granulociti neutrofili, per migrazione e/o fagocitosi alterate, oltre ad una vera e propria riduzione del loro numero (1, 2, 6, 23). Del resto uno dei medicamenti che determinano iperplasie gengivali è la Ciclosporina, potente immunosoppressore ad azione mirata sui T-linfociti e su alcune linfocine (5).

Il ruolo del diabete tipo I è stato evidenziato da numerosi Autori (30,38) che hanno rilevato un indice gengivale e di placca sempre più elevato rispetto

## **EPULIDE GRAVIDICA**

**IPERTROFIA PAPILLARE PAROSSISTICA  
GENGIVA TURGIDA  
CONSISTENZA FIBROSA  
DIMINUZIONE DEL DOLORE E SANGUINAMENTO**

LOCALIZZATA AI SETTORI ANTERIORI  
COINVOLGIMENTO DEL TESSUTO CONNETTIVO

SOVRACCARICO ORMONALE ESTREMO IN PAZIENTI  
CON DEFICIT COSTITUZIONALE DELLA REATTIVITÀ

**SICOSI "CONCLAMATA"**



**FASE DI IMPREGNAZIONE – ORODERMA  
– INTERSTIZIODERMA**

**TERAPIA:**

(Evita la gengivectomia post. parto)

- LOCALE
- REGOLATIVA ENDOCRINA
- DRENANTE-RIATTIVATRICE del MESENCHIMA e degli EMUNTORI
- ENZIMATICA
- NOSODICA
- DEL FONDO



**Fig. 8**

ai diabetici di tipo II (20): questa malattia triplica il rischio di comparsa di gengivite iperplastica.

Da tutti questi dati si evince come alla base di questo tipo di lesione vi sia una incapacità reattiva. Tale osservazione è del resto affiancata dalla dimostrazione della mancanza di correlazione fra alti indici di placca e gravità di lesioni parodontali di vario tipo, fra cui anche quelle iperplastiche, in sog-

getti con significativa carenza di igiene orale ma con sistema immunitario efficiente (15, 29).

Il tessuto connettivo lasso che si osserva in queste patologie (Fig. 11, 12) appare ricchissimo di fibre collagene e di sostanza amorfa disposta intorno ad un elevato numero di fibroblasti che, oltre a possedere grandi nuclei vescicolari e nucleoli voluminosi, presentano alta attività mitotica (Fig 13). L'esu-



sitiva" (Fig. 15). Purtroppo tali dispositivi non fanno che aumentare il già grave stato di disagio vissuto da questi pazienti.

## GENGIVITE DESQUAMATIVA

È una patologia sempre più frequente anche se in passato venivano riportati solo pochi casi (19). Si manifesta per lo più associata a lesioni dermatologiche localizzate talora anche alle labbra. Caratteristiche cliniche della gengivite desquamativa sono: eritema più o meno diffuso della gengiva marginale ed aderente, della mucosa alveolare e più spesso della mucosa del cavo orale in toto, con aree di colorito rosso vivo in alternanza con aree grigio biancastre, edematose (Fig. 16). Frequentemente manca il rivestimento epiteliale ed il connettivo sottostante sanguina facilmente mentre in altre zone l'epitelio è nettamente assottigliato e facilmente asportabile. Spesso è stato possibile osservarla durante o subito dopo la prescrizione di terapie retossiche (osservazione personale).

Le conoscenze attuali sull'eziopatogenesi di questa malattia sono pressoché nulle: come spesso accade in tali frangenti la terapia si basa frequentemente sull'uso di corticosteroidi ad uso topico e sistemico.

Personalmente posso affermare che nei casi trattati con successo è stata sempre determinante la sospensione, quando possibile, dei chemioterapici.

Da ciò si può desumere che siano i medicinali di tipo retossico ad impedire la disattivazione dell'istamina che, per essere eliminata, porta, d'accordo con le osservazioni di Reckeweg (44), a patologie esfoliative più o meno accentuate quali il lichen ruber, l'eczema, la psoriasi, la gengivite desquamativa (14, 57).

Va considerato inoltre che tali farmaci, bloccando parzialmente l'attività metabolica di organi quali fegato e re-

ne, devono venir eliminati in misura maggiore attraverso cute e mucose che rappresentano l'emuntorio più esteso dell'organismo umano.

Non va dimenticato infine che una diminuzione della funzionalità epatica comporta anche minor produzione di glicogeno che, tramite la flora batterica intestinale alterata anch'essa da antibiotici e FANS, si trasforma in acido lattico nella formazione del film acido protettivo dell'epidermide con con-

seguente indebolimento delle possibilità difensive di quest'ultima.

La gengivite desquamativa si può ricondurre ad uno stato psorico del paziente **stenico**: infatti l'individuo dotato di buona reattività è in grado di eliminare il sovraccarico tossinico attraverso la cute. Riconosciamo pertanto una fase di **reazione orodermale** il cui trattamento deve articolarsi sulla diminuzione del sovraccarico e sulla promozione della funzione escretiva.

## GENGIVITE IPERPLASTICA IN CORSO DI DIABETE

### STESSI CARATTERI DELLA EPULIDE GRAVIDICA E DELLA IPERPLASIA DA FARMACI

DEFICIT REATTIVO ESTREMO

SICOSI "CONCLAMATA"



FASE IMPREGNAZIONE ORODERMA INTERSTIZIODERMA

( TENDENZA VERSO LA DEGENERAZIONE -FIBROMATOSI- maggiore che nella gengivite gravidica e da farmaci )

TERAPIA:

- COMPENSAZIONE DEL DIABETE
- LOCALE
- DRENANTE-RIATTIVATRICE del MESENCHIMA e degli EMUNTORI
- ENZIMATICA
- NOSODICA
- DEL FONDO

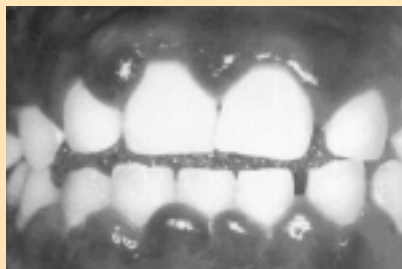


Fig. 10



## GENGIVITE ULCERO NECROTICA ACUTA

Si presenta inizialmente in corrispondenza del margine gengivale con arrossamento e tumefazione; a queste segue la comparsa di piccole necrosi marginali epiteliali circoscritte che danno origine, confluendo, ad estese ulcerazioni. Tali ulcerazioni, dapprima localizzate alle papille interdentali, si estendono al restante margine gengivale. Sono ricoperte da uno strato di tessuto necrotico grigiastro che una volta rimosso sanguina facilmente (Fig. 17).

**Fig. 11. Sezione istologica di gengiva iperplastica per difenilidantoina.**



Clinicamente l'insorgenza è improvvisa, in soggetti in apparente buono stato di salute. È quasi sempre accompagnata da una compromissione dello stato generale con febbre, adenopatie satelliti, anoressia, astenia, cefalea. Vi può essere concomitanza di episodi infettivi respiratori.

Il corteo sintomatologico soggettivo è soprattutto composto da dolore acuto localizzato o diffuso, accentuato dai movimenti, foetor ex ore e scialorrea.

Può esitare in gengivite cronica, parodontite o stomatite gangrenosa (noma).

Descritta per la prima volta da Vincent alla fine del XIX secolo tale patologia ha sempre rappresentato un enigma dal punto di vista etiopatogenetico. L'identificazione batterica è parecchio indagine. Tra 70 gruppi tassonomici di batteri sembra esserci

predominanza di spirochete, bastoncini mobili, treponemi, associazione fuso-spirillare non presente in tutti i casi (15, 16). Del resto non è stato possibile applicare il postulato di Koch perché gli accessi originati da questi microorganismi prodotti sperimentalmente nell'animale, non sono simili a quelli che si riscontrano nella g. ulcero-necrotica acuta (21).

Altri possibili fattori causali possono essere invocati: eruzioni dentarie, scarsa igiene orale, restauri cervicali mediocri, tartaro e mancanza di punti di contatto. Si è però osservata l'insorgenza della malattia anche in assenza di tutti questi elementi. Il tabagismo e la febbre, considerati dapprima fattori essenziali, sono stati esclusi da recenti ricerche(31).

L'unico dato certo, sul quale tutti gli Autori concordano, è che tale patologia si presenta sempre in pazienti con stato psico-emotivo peculiare rappresentante l'unico elemento costante nella varia combinazione dei supposti fattori eziologici (29, 31). L'andamento di questo tipo di gengivite sembra essere epidemico anche se tale patologia non è contagiosa; si manifesta infatti in gruppi di popolazione sottoposti alle medesime condizioni di stress (esercito in tempo di guerra). Bar e Monfrin (19) hanno postulato che lo stress emotivo sia un fattore altamente predisponente. Klewansky (31) ha osservato che esiste una caratterialità ed una emotività specifica predisponente alla gengivite ulcero necrotica acuta.

Analizzando gli aspetti citati comprendiamo come in questi casi si configuri una diatesi **tubercolinica**. Si tratta infatti di un paziente emotivamente labile con intossicazione psorica. L'inizio violento, rapido, vivace della patologia rappresenta la fase stenica, psorica, del tubercolinico che poi però cade immancabilmente in uno stato di prostrazione a causa di un esaurimento subitaneo e debilitativo.

La componente fuso-spirillare ed ulcerosa, come anche il possibile esito

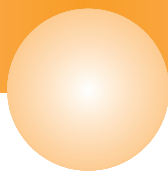
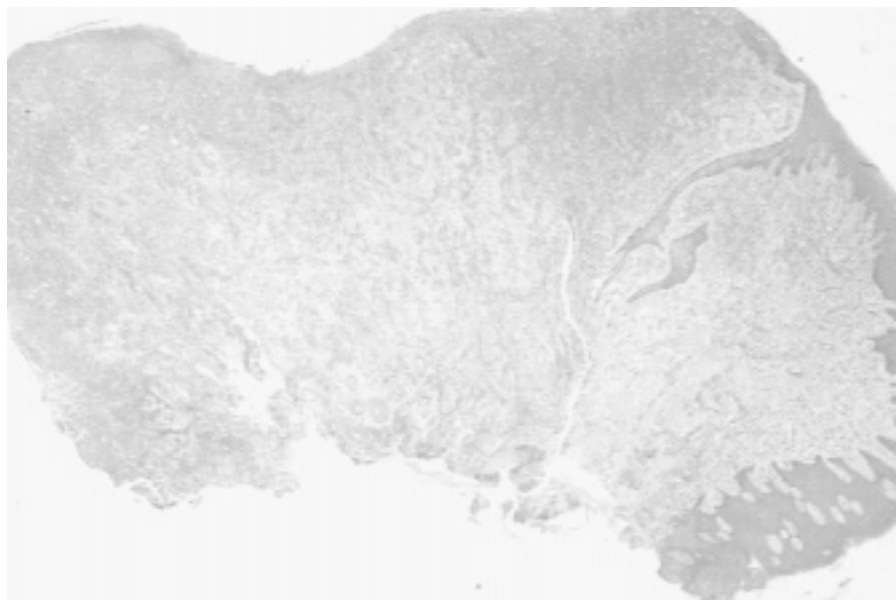


Fig. 12. Sezione istologica di epulide gravidica.



in noma, sono patognomonici di uno screzio luesinico presente in misura variabile in questi individui.

Tali caratteristiche valutate unitamente alla bassa età media come riportato da Falkler (21) per questa patologia (24 anni), all'apparente stato di salute di questi soggetti e alla loro labilità psichica unitamente a quella muco-respiratoria fa individuare in Argentum nitricum il soggetto tipico che può essere colpito dalla gengivite ulcero necrotica acuta (10, 58).

Si tratta dell'individuo estroverso, vitale, socievole, logorroico, con paure inesprese che riesce a controllare in fase stenica. Parla molto, si rende simpatico: in pratica si "esibisce" per controllare le proprie fobie ma che può esaurirsi facilmente e può comportarsi come ... "una scimmia impazzita". L'indebolimento è soprattutto a carico della sfera fisico-emotiva, del sistema nervoso (immunità), della voce. Le ansie emergono con coinvolgimento comportamentale per tutta la vita.

Argentum nitricum è un tubercolinico per la demineralizzazione, è un luetico

per la attitudine psichica ed i disturbi neurologici, è uno psorico per le caratteristiche che presenta in fase stenica e per l'azione sulle mucose che si possono ritrovare anche negli altri due miasmi.

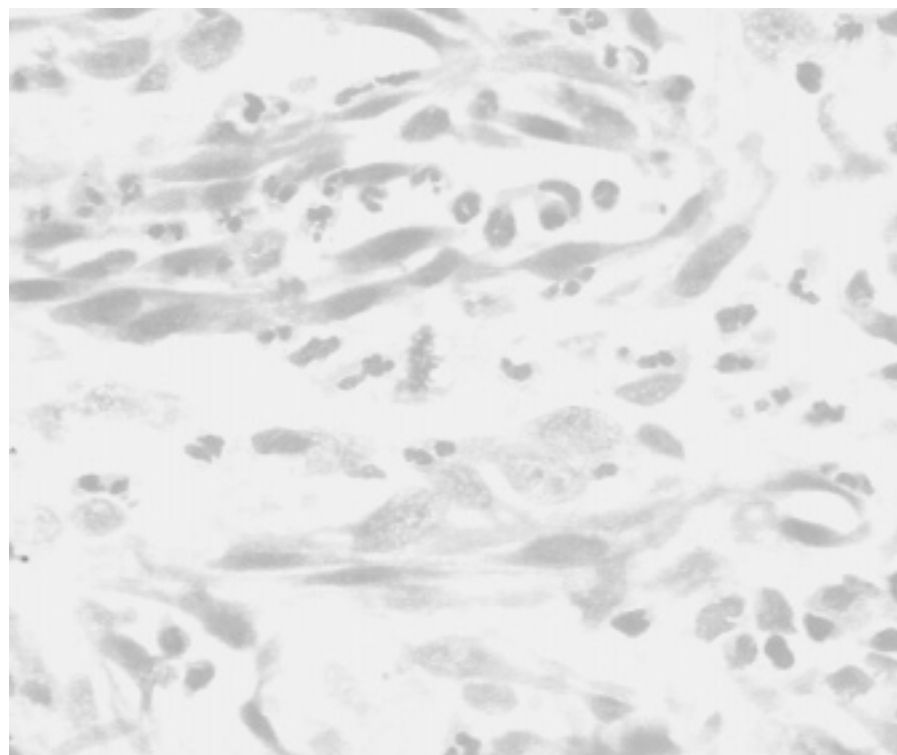
L'autodistruttività del luetico si ritrova nelle manifestazioni anatomiche lesionali che non casualmente avvengono nel cavo orale, dal momento che tale struttura è di grande importanza per un comunicatore.

La violenza, l'aggressività e la rapidità estreme di questa gengivite manifestano un franco carattere **simpatico-tonico** che evolve sempre verso una più o meno accentuata **astenia**.

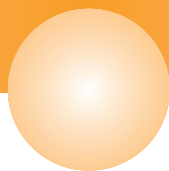
Gli aspetti iniziali della lesione possono far pensare ad una fase di reazione che però rappresenta solo "l'abito d'esordio" ma non "l'intenzionalità" della patologia (3). Siamo invece nella fase di **degenerazione** che può vicariare in **impregnazione** o **neoplasma** a seconda della prevalente diatesi, del tipo di terapia adottato e di altri sovraccarichi in atto.

Dal punto di vista terapeutico si può affermare che Argentum nitricum-Injeel

Fig. 13. Sezione istologica di epulide gravidica (maggiore ingrandimento).



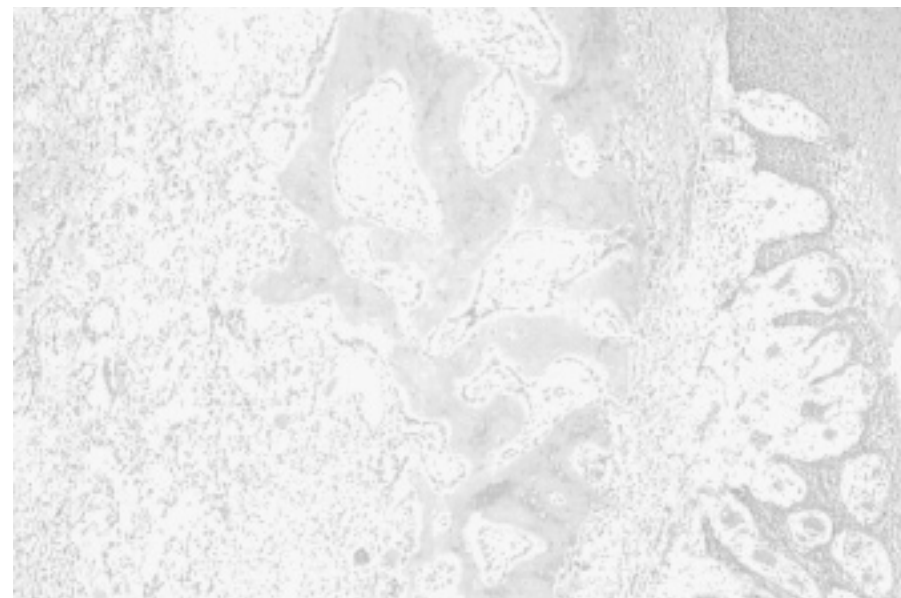




**Fig. 14. Sezione istologica di epulide gravidica con metaplasia ossea.**



struttive avvengono più rapidamente e quelle ossee sono sempre simili al norma. È anche caratteristico il processo di atrofia e di retrazione, per il quale si osserva una estremamente rapida formazione di tasche infra-ossee e di riassorbimenti orizzontali, praticamente in assenza di infiammazione (45) (Fig. 18).



sia il farmaco di elezione in questa patologia; la sua azione risulta ottimale se la patologia viene riconosciuta all'esordio e quando si vuol agire preventivamente o per evitare eventuali recidive.

Mercurius sublimatus corrosivus-Injeel, indicato per le gengivo-stomatiti acute, rapide, gravi, risulta molto efficace in fase acuta.

Naturalmente i risultati più apprezzabili si ottengono associando la terapia della fase.

**GENGIVO-PARODONTITE IN CORSO DI A.I.D.S.**

Le gengivo-parodontiti sono frequenti in corso di A.I.D.S. rappresentando spesso, come accade per le leucemie, uno dei primi sintomi della fase conclamata (48).

Esiste una notevole somiglianza fra questa patologia e la gengivite ulcero necrotica acuta anche se le lesioni di-



**Fig. 15. Apparecchio a pressione positiva.**



La placca batterica riscontrata è simile a quella delle gengivo-parodontiti classiche (22). È stato comunque rilevato un alto numero di batteri mobili, soprattutto spirochete, seppur in percentuale incostante.

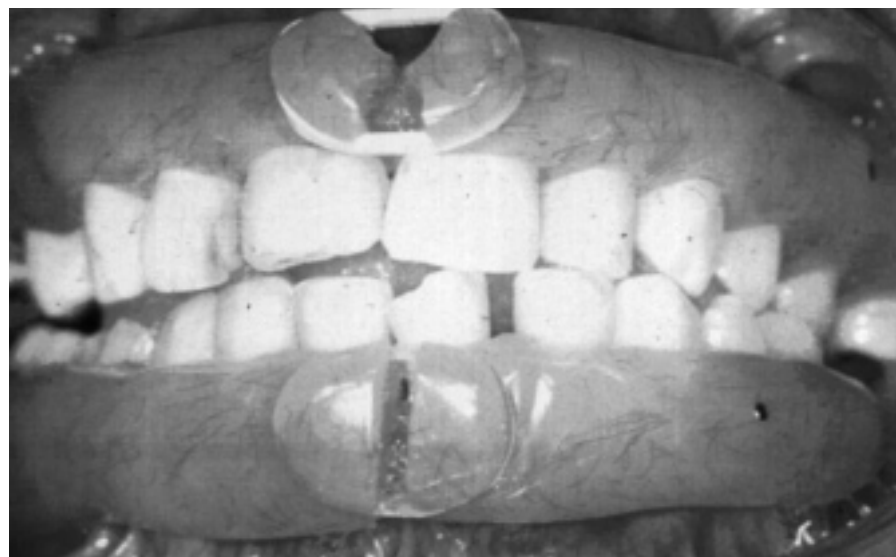
Si nota un'ampia divergenza di risultati nei vari studi effettuati sulla descrizione, l'epidemiologia e la microbiologia di questa malattia (31).

L'evoluzione classica è verso una stomatite necrosante ed in noma (56).

Il luesinismo presente in questi soggetti appare evidente dall'aggressività della patologia che, avvenendo senza reazione infiammatoria acuta, risulta del tutto in asse con la bassissima reattività del soggetto luetico considerabile clinicamente alla stregua di un malato cronico. Anche il caratteristico disordine del soggetto luetico traspare dall'impossibilità di stabilire un qualsiasi criterio di classificazione. L'esito in patologie di tipo carcinomatoso-necrosanti e la presenza di spirochete depone ulteriormente a favore di tale assunto. La costante presenza di carie localizzate al colletto dentale (vedi foto) è la risultante di un'altra classica nota luesinica.

Lo stato neurovegetativo presenta caratteristiche di **astenia, retrazione e depressione.**

La fase è di **degenerazione** con forte spinta verso quella di neoplasma. La



terapia biologica attuata in tempo può fornire un valido strumento per evitare o ritardare tale vicariazione.

## CONCLUSIONI

Intento di questa pubblicazione è stato quello di focalizzare il ruolo svolto dalle patologie del cavo orale nella comprensione dell'assetto generale del paziente. In tal modo si è anche evidenziato che solo con la lettura fisiopatologica di quest'ultimo possiamo approntare un proficuo piano di trattamento per queste patologie.

La tavola delle fasi omotossicologiche rappresenta lo strumento che "presto e bene" mette in collegamento lo status del paziente con i diversi stati morbosi. Essendo le lesioni del cavo orale tanto cariche di significato, si è voluto, con la specifica e propria collocazione delle gengiviti, dare un orientamento estensibile a tutte le lesioni in questa sede.

Le gengiviti hanno palesato l'insufficiente rappresentazione delle malattie di origine odontostomatologica in seno alla tavola delle omotossicosi.

L'approntamento di una "tavola delle fasi" in odontoiatria da sovrapporre a quella classica è il suggerimento per un progetto di lavoro che in futuro, oltre ad indicare la strada verso l'approccio per la comprensione di entità nosologiche spesso trattate in modo alquanto approssimativo, potrebbe fornire preziosi dati nella cura globale dell'individuo.

## BIBLIOGRAFIA

1. American Hospital Formulary Service-Drug-Information Bethesda, MD, American Society of Hospital Pharmacists, pp. 826-828, pp 1731-1737, pp. 612-613, 1985.
2. ANGELOPOULOS A.P., GOAZ P.W. - Oral Surg., 34, 898, 1972
3. BARDARO S. - Iperplasie gengivali da farmaci: analisi, considerazioni e piano di trattamento in medicina biologica, La Medicina Biologica (Riv. It. Omot.), n.1, 1997.

## GENGIVITE DESQUAMATIVA

**ERITEMA PIU' O MENO DIFFUSO  
EDEMA IN ALCUNI PUNTI  
EPITELIO FACILMENTE ASPORTABILE**

**ASSOCIATA SPESSO A MANIFESTAZIONI  
CUTANEE E MUCOSE (LABBRA)**

**DURANTE-DOPO TERAPIE RETOSSICHE E MALATTIE VIRALI**

**PAZIENTE CON BUONA REATTIVITÀ**

**PSORA "STENICA"**



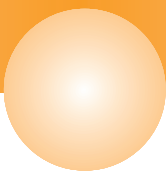
**FASE DI REAZIONE ORODERMALE**

**TERAPIA:**

- SOSPENSIONE DI TERAPIE RETOSSICHE
- FAVORIRE LA FASE DI ESCREZIONE

Fig. 16

4. BARDARO S. - Le patologie pulpari e la devitalizzazione del dente in medicina biologica, La Medicina Biologica, suppl. al n° 2/1996.
5. BAYER R. et Al. - Naunym, Schniedeberg's Arch. Pharmacol., 301, 29, 1977.
6. BEISH K. - Die anatomisch-physiologische Entsprechung der Yang-Niere. Akupunktur, Theorie und Praxis, ML-Verlag, Uelzen, 1979.
7. BENCINI P.L. et Al. - Acta Venereol. (Stockh.), 65, 362-365, 1985.
8. BENCINI P.L., CROSTI C., MONTAGNINO G., SALA F., PAGLIARI B., MARINI D. - Mondo Odont., 4, 23, 1985.
9. BIANCHI I. - Materia Medica Analitica, 1992.
10. BOM-VAN NOORLOS A., VAN DER MEER J., VAN DE GEREL J., SCHEPENS E., VAN STEENBERG T., BURGER E. - Bacteroides gingivalis stimulates bone resorption via interleukin I production by mononuclear cells. The relative role of B. gingivalis endotoxin. J. Clin. Odontol., 7, 409-413, 1990.
11. BORDIN S., PAGE R.C., NARAYAN A.S. - Heterogeneity of human diploid fibroblasts. Isolation and Characterization of one phenotype, Science, 223, 171-173, 1984.
12. BOSCH X. et Al. - Lancet, 467, 1986.
13. BROWN R.S., BOTTOMLEY W.K., PUENTE E., LAVIGNE G.L. - A retrospective evaluation of 193 patients with oral Lichen Planus, J. Oral Pathol. Med. 22, 69-72, 1993.
14. CHOI J., NAKAGAWA T., YAMADA S., TAKAZOE I., OKUDA K. - Clinical, microbiological and immunological studies on recurrent periodontal disease. J. Clin. Periodontol., 7, 426-434, 1984.
15. CHRISTERSSON L., SLOTS J., ROSLING B., GENCO R. - Microbiological and clinical effects of surgical treatment of localized juvenile periodontitis., J. Clin. Periodontol., 12, 465, 1985.
16. CROSSNER C., CARLSSON J., SJODING B., TARNWIK A., VNELL L., VENGE R., WRANNE L. - Periodontitis in the primary dentition associated with actinobacillus actinomycemcomitans infection and leucocyte dysfunction. A 3,5 year follow up. J. Clin. Periodontol. 17, 264-267. 1990.
17. DE MICHELIS B., MODICA R., RE G. - Trattato di clinica odontostomatologica. 2ª edizione, Minerva Medica Edizioni, 1993.
18. DECHAUME M., HUARD P. - Storia illustrata dell'arte dentaria. Ed. Ciba-Geigy, 1979.



19. EMRICH L., SCHOLSSMAN M., GENCO R. - Periodontal disease in non-insulino-dependant diabetes mellitus, J. Periodontol., 62, 123-130, 1991.

20. FALKLER W., MARTIN S., VINCENT J., TALL B., NAUMAN R., SUZUK J. - A clinical demographic and microbiologic study of A.N.U.G. patients in an urban dental school. J. Clin. Periodontol., 14, 307-314, 1987.

21. GOENE R., WINKEL E., ABBAS F., RODENBURG J., VAN WINKELOFF A., DE GRAAF J. - Microbiology in diagnosis and treatment of severe periodontitis. A report of four cases. J. Periodontol. 61, 61-64, 1990.

22. GOLDMAN H. - The development of physiologic gingival contours by gingivoplasty. Oral Surg. 3, 879, 1950.

23. GOLUB L., LEE H.M. LEHRER G., NEMIROFF A., MAC NAMARA T.F., KAPLAN R., RAMMURTHY N.S. - Minocycline reduces gingival collagenolytic activity during diabetes, J. Period. Res., 18, 516-526, 1983.

24. HAHNEMANN S. - Organon: dell'arte del guarire. L'Altra Medicina, III° Ediz., ed. Red, 1993.

25. HALL B.K., SQUIER C.A. - J. Dent Res., 61, 942-952, 1982.

26. HALL W.B. - Bull Acad. Gen. Dentists,

1969.

27. HUGOSON A. - Gingival inflammation and female sex hormones. J. Periodontol. Res., 5, 1, 1970.

28. JOHNSON N., GRIFFICHTS G., WILTON J., MAIDEN M. CURTISS M., GILLET I., WILSON D., STERNE J. - Detection of high risk groups and individual for periodontal diseases. Evidence for the existence of high risk groups and approaches to their detection. J. Clin. Periodontol., 15, 276-282, 1988.

29. JONES J.H., MASON D.K. - Oral manifestations of systemic diseases. 2nd edition, Balliere, Tindall, London, 1990.

30. KLEWANSKY P. - Maladies Parodontales - Approches actuelles, Masson, Paris, 1993.

31. KORNMANN K., LOESCHE W. - The subgingival microbial flora during pregnancy. J. Period. Res., 15, 111, 1980.

32. LANG N., NYMAN S., SENN C., JOSS A. - Bleeding on probing as it relates to probing pressure and gingival health, J. Clin. Periodontol., 18, 257-261, 1991.

33. LINCHE S., WILLIAMS R.C., POLSON A., HOWELL T., REDDY M., ZAPPA U., ANTONIADES H. - The effects of short term application of combination of platelet-derived and insulin-like growth factors on periodontal wound healing. J. Clin. Periodontol. 62, 7, 458-467, 1991.

34. LISTGARTEN M., SCHIFTER C., LASTER L. - 3 years longitudinal study of the periodontal status of an adult population with gingivitis. J. Clin. Periodontol., 12, 222, 1985.

35. LODISPOTO A. - La tipologia del rimedio omeopatico. Ed. OMIT, 1990.

36. LUCAS R.M., HOWELL L.M., WALL R.A. - Journal Periodontology, 56, 211-215, 1985.

37. NOVAES A., PEREIRA A., DE MORAES N., NOVAES A. - Manifestations of insulin-dependent diabetes mellitus in the periodontium of young brasilian patients. J. Periodontol., 62, 116-122, 1991.

38. NUKI K., COOPER S.H. - Journal Periodontal Research, 7, 102-110, 1972.

39. OPIE L.H. - Lancet, 1, 806, 1980.

40. PIGNANELLI M., MATTEI R. - Dental Cadmos, 18, 43-47, 1987.

41. PINI-PRATO G., TINTI C., VINCENZI G., MAGNANI C., CORTELLINI P., CLAUSER C. - Guided tissue regeneration versus mucogingival surgery in the treatment of human buccal gingival recession. J. Periodontol., 63, 919-928, 1992.

42. RABER-DURLACHER J., LEENE W., PALMER-BOUVA C., RABER J., ABRAHAM-PIJN - Experimental gingivitis during pregnancy and post-partum: immunohistochemical aspects. J. Periodontol., 64, 211-218, 1993.

43. RECKEWEG H.H. - Omotossicologia, Prospettive per una sintesi della medicina.

**GENGIVITE ULCERO - NECROTICA ACUTA**

**TUMEFAZIONE - ULCERAZIONE - NECROSI FORTE DOLORE**

PUO' ESITARE IN: GENGIVITE, PARODONTITE, STOMATITE GANGRENOSA, NOMA

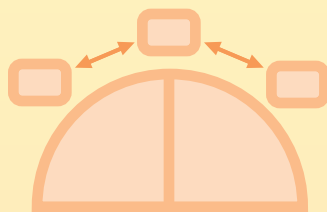
SEMPRE ASSOCIAZIONE FUSO-SPIRRILLARE - NO POSTULATO KOCK EZIOLOGIA IGNOTA

PAZIENTI CON CARATTERIALITÀ SIMILE

**TUBERCOLINISMO**



**LUESINISMO**



**IMPREGNAZIONE - DEGENERAZIONE - NEOPLASMA**

**TERAPIA:**

- MERCURIUS SUBLIMATUS CORROSIVUS Injeel (Sintomatologico)
- ARGENTUM NITRICUM Injeel (Rimedio del paziente con g. ulcero neurotica acuta)



Fig. 17

