

Prof. A. Rost, Giessen

*Focolai della bocca, dei denti e delle mascelle. Risanamento e terapia di accompagnamento **



Focolai e malattie da focolaio sono una realtà con la quale ogni medico si confronta ogni giorno. Questi campi di disturbo permanenti bloccano i sistemi di autoregolazione dell'organismo la cui possibile stimolazione costituisce la condizione necessaria per la efficacia di una terapia biologica. Quindi, il medico può, a tutta prima, trovarsi di fronte a limiti che vanificano i suoi sforzi terapeutici. A seconda della sua esperienza clinica e terapeutica, il medico arriva presto o tardi alla conclusione che si trova di fronte ad una malattia da focolaio, ma da solo non può rintracciare il focus. Egli ha bisogno della collaborazione di altri specialisti, soprattutto del dentista. Quanto migliore è questa collaborazione, tanto migliori saranno i risultati nella cura di molti ammalati cronici.

In medicina si intende per focolaio un'area tissutale cronicamente alterata, la quale induce e sostiene malattie generalizzate o affezioni localizzate lontane dal focolaio.

I focolai cefalici sono ritenuti i più importanti. Perché? Da una parte vi è la molteplicità delle possibilità nella regione cefalica, dall'altra la continua irritazione meccanica cui sono soggetti i focolai del settore mascellare. Si pensi che l'uomo può esercitare

una pressione masticatoria fino ad 80 Kg. Ogni atto masticatorio deve necessariamente provocare un versamento di tossine da parte del focolaio dentario o mascellare.

La problematica delle affezioni da focolaio risiede nel fatto che non si ha una cognizione veramente fondata dei rapporti tra focolai e organopatie o malattie generalizzate.

Tutte le teorie correnti sono, appunto, soltanto teorie. Ne diamo un breve elenco descrittivo:

1. Pässler (1909) credeva in un processo di tipo puramente batterico — una batteriemia, una infezione focale.
2. Slank ampliava questo concetto in quello di tossicosi focale e supponeva che fossero in gioco tossine batteriche e non batteriche.
3. Rosenow, Bottyan e altri introdussero il concetto di allergia focale. Berger (1937) ipotizzava che le tossine batteriche — quali corpi proteici eterologhi — e gli endoallergeni — che si producono per una intensificata decomposizione tissutale in circoscritti focolai infiammatori cronici — inducessero reazioni allergiche iperergiche.
4. Si è ipotizzato anche un processo patologico neurale. Ricker e Spe-

ransky hanno coniato la definizione di campo di perturbazione neurale.

5. È stata attribuita una certa importanza anche a fattori ormonali legati al sistema adenoipofisi-cortecchia surrenale. Secondo Selye, gli effetti patologici di svariate irritazioni locali o generali (stress) dipendono da questo sistema: gli ormoni adreno-corticali guiderebbero l'adattamento o la risposta difensiva dell'organismo.
6. Nell'ambito della sua Elettroagopuntura (EAV), Voll mette in primo piano i rapporti energetici tra focolai ed organi.
7. Secondo Pischinger, un focolaio è un'area tissutale cronicamente alterata, contenente materiale organico od inorganico non degradabile. Tutti i focolai si trovano nel tessuto connettivo. Nelle infiammazioni croniche, la risposta difensiva dell'organismo non è sufficiente al superamento del processo patologico. Le sostanze nocive (batteri, virus, tossine, proteine patologiche ecc.) permangono nei tessuti dove si svolge la regolazione vegetativa basale. I focolai sono tra le cause che maggiormente danneggiano questa regolazione. Secondo Pischinger, i focolai

* Relazione tenuta al Congresso della Società Internazionale di Ornotossicologia e Terapia Antiomotossica, della Società internazionale di Medicina Biologica e della Società internazionale di Bioelettronica Vincent, 23-24 Ottobre 1976, Baden-Baden.

possono esplicitare la loro azione patologica attraverso tutte le vie di comunicazione del sistema vegetativo. In un primo tempo, l'organismo riesce a compensare queste perturbazioni, che però impegnano una parte delle sue funzioni difensive. Si possono così avere effetti additivi con altre noxae. A questo punto la reazione dell'organismo dipende dalla sua costituzione. Questo spiega la diversità dei sistemi attaccati:

sistema vascolare, sistema connettivale, sistema nervoso.

In ogni caso, i focolai sostengono la cosiddetta disregolazione. Impegnando una parte delle funzioni difensive, essi rendono l'organismo più suscettibile alle infezioni.

Attualmente non si può ancora dire con sicurezza in che modo il focolaio espliciti la sua azione. Probabil-

mente le affezioni da focolaio si possono produrre nei modi più diversi. Raab elenca in una tabella i diversi meccanismi patogenetici dei focolai (vedi tab. 1).

Il focolaio, come stato cronico infiammatorio o degenerativo, non è clinicamente manifesto. Non è nemmeno necessariamente visibile in radioscopia. Le alterazioni ossee visibili in radioscopia sono conseguenze di una necrosi o gangrena della polpa dentaria. Queste affezioni possono costituire dei focolai. Ogni infiammazione locale persistente può avere effetti focali. Perciò anche una pulpite cronica deve essere considerata già un possibile focolaio. Questa, purtroppo, è una realtà che non può essere trascurata. Una pulpite cronica può derivare da:

1. carie avanzata o carie secondaria;
2. noxae chimiche: per es. otturazione

ni, con materiale plastico o silicati, eseguite male, senza proteggere sufficientemente la polpa;

3. sostanze caustiche applicate localmente prima di un'otturazione;
4. surriscaldamento durante una maldestra pulizia dei denti;
5. traumi;
6. granuloma interno;
7. tasche ossee profonde;
8. per via ematica da alcune malattie generali (difterite, sepsi ecc.).

Il fatto che una pulpite cronica possa derivare da così tante cause è veramente preoccupante. Quel che è peggio, è che non si dispone di una diagnostica sicura per accertare infiammazioni circoscritte nella polpa dentaria.

Ketterl ha sottoposto ad esame istologico le polpe di 57 denti vitali, senza carie, che erano stati curati correttamente 3-10 anni prima. Al momento dell'estrazione, questi denti erano clinicamente sani e funzionali.

Risultati:

polpe normali	27
pompe infiammate	26
polpe con aree necrotiche	4

Parecchi insuccessi nel risanamento dei focolai sono da ricondurre sicuramente ad una mancata individuazione — perché difficile — di una pulpite cronica. In altre parole: ogni dente con pulpite cronica può costituire un focolaio. Molti credono di poter curare il canale radicolare di un dente con polpa infiammata, necrotica o gangrenosa e di escludere così la formazione di un focolaio. Questa convinzione è frutto di un pensiero puramente meccanicistico. La possibilità di ripulire tutti i canali e canaletti laterali è un'illusione. Per di più, i materiali impiegati per la cura e l'otturazione della radice possono avere un effetto sensibilizzante.

Gasser rileva che per la preparazione e l'otturazione dei canali radicolari sono disponibili 200 diversi tipi di materiali e medicamenti. In conclusione: ogni dente con polpa necrotica può nascondere un focolaio, indifferentemente se una radioscopia mostri o no delle alterazioni ossee intorno; ogni dente con otturazione radicolare può nascondere un focolaio, anche quando l'otturazione appare integra all'esame radioscopico.

Tab. 1: Tabella di Raab (modificata da Rost).

Alterazioni	Azione focale
1. Denti con polpa necrotica a) senza otturazione di radice b) con otturazione di radice c) parziale otturazione di radice	detriti, proteolisi, sensibilizzazione e allergizzazione dell'intero organismo
2. Stati provocati da denti con polpa necrotica a) parodontite cronica apicale b) cisti radicolare c) affezioni odontogene dei seni mascellari	come sopra
3. Stati anomali in segmenti mascellari senza denti a) denti ritenuti b) odontomi c) residui radicolari cicatrizzati vitali d) cisti follicolari e) sclerosi f) corpi estranei di ogni genere, anche innesti g) osteite mascellare	infiammazione cronica, materiale non biodegradabile campi di perturbazione neurale
4. Gengivite, parodontite, tasca gengivale al dente del giudizio	infiammazione cronica, iperergia, iper-reattività vegetativa
5. Corrosione di materiali metallici nel cavo orale, formazione di ioni metallici, carica elettrica dei materiali metallici	sensibilizzazione attraverso la formazione di complessi metallo-proteici o attraverso le tensioni esistenti tra metalli con differenti potenziali elettrici; campi di disturbo neurali
6. Denti vitali o ammalati (alterazioni croniche della polpa infiammatorie)	sensibilizzazione di tutto l'organismo o degenerative)

L'eliminazione di un focolaio dentario è possibile solo con l'estrazione del dente. Un'apicectomia radicolare non assicura l'eliminazione del focolaio. Quando si estrae un dente, la cui zona ossea periapicale sia già cronicamente infiammata, senza ripulire attentamente questa zona, l'osteite può continuare a sussistere ed anche ad allargarsi. Una tale osteite può anche prodursi dopo una corretta estrazione od operazione alla mascella, quando la guarigione sia troppo lenta a causa di una depressione immunitaria dell'organismo. Ogni osteite mascellare può costituire un focolaio. La sua diagnosi è quasi altrettanto difficile quanto quella di pulpite cronica.

Un altro importante gruppo di alterazioni patologiche mascellari è costituito dalla cisti. Una cisti è una cavità patologica, con rivestimento epiteliale piena di liquido, la quale, lenta ma continua, si ingrossa a spese dei tessuti circostanti. Pur essendo in genere sterili, devono essere estirpate per eliminare possibili focolai, perché in esse si ha una continua lisi proteica. La possibilità che i denti distopici possano costituire dei focolai viene in genere negata. Esami istologici da me eseguiti su polpe di denti distopici (1964) mi hanno dato la convinzione che anche questi possono causare dei focolai. Questo è stato in un primo tempo contestato. Solo recentemente (1974) Posselt e Lorber sono giunti, attraverso esami istologici, alla stessa conclusione. Per cui:

*denti ritenuti e denti distopici
possono nascondere dei focolai.*

Alterazioni patologiche sono anche i cosiddetti odontomi: conglomerati di più denti o formazioni odontoidi.

*Gli odontomi possono celare
dei focolai.*

Di un certo interesse sono anche le alterazioni reattive nelle mascelle, come le stratificazioni di cemento sulle radici dentarie — le cosiddette ipercementosi — e i processi di sclerosi nell'osso mascellare.

Una ipercementosi è riscontrabile spesso in denti con polpa necrotica. Dato che questi denti vengono comunque estratti, questa ipercementosi è di poco interesse. Talvolta si riscontra però una ipercementosi anche in denti apparentemente sani. E bene

controllare attentamente la vitalità di questi denti e verificare se possono nascondere un focolaio.

Per quanto concerne la sclerosi, è ancora inspiegato come si possano produrre in mascelle con denti sani. Comunque è improbabile che queste alterazioni possano costituire dei focolai. Invece le sclerosi intorno a denti con polpa necrotica sono infette e quindi possono sempre costituire dei focolai. Anche nei casi di riassorbimento intorno a radici di denti completamente intatti è difficile fare una diagnosi sicura. In questo caso è necessario fare uso di tutte le possibilità diagnostiche, per non danneggiare il paziente. In denti esternamente intatti — in genere si tratta di determinati denti — si possono anche riscontrare, con radioscopia, dei granulomi interni. Non sappiamo come questi si formino, ma sappiamo che i denti con granulomi interni possono costituire dei focolai. Inoltre ogni infiammazione cronica delle parti molli può costituire un focolaio; soprattutto le tasche gengivali e quelle ossee.

*Le tasche gengivali e ossee
possono costituire dei focolai.*

In genere viene del tutto trascurata un'altra possibile causa di focolai: la presenza di metalli diversi nel cavo orale (per lo più si tratta di oro e amalgama). A causa della differenza di potenziale tra i diversi metalli si genera una corrente elettrica e dall'amalgama si distaccano ioni di mercurio, i quali vanno a legarsi alle proteine. Schach ha rilevato che gli ioni mercurio si fissano ai gruppi solfidrilici delle molecole proteiche, in particolare ai gruppi SH intradentali (liquor della dentina, liquido del tessuto apicale, sangue) ed estradentali (saliva), reagendo a formare solfuro di mercurio (HgS). Reinwald attribuisce alle differenze di potenziale elettrico tra i diversi metalli nel cavo orale una azione focale maggiore di quella dei processi infettivi. Anche Münch e Kluczka fanno rilevare l'effetto focale di metalli diversi.

Diagnosi dei focolai

La diagnosi dei focolai inizia con un'accurata anamnesi generale. Va

prestata particolare attenzione anche all'anamnesi allergica. Prima della visita deve essere già disponibile il reperto radioscopico, che rappresenta la premessa per la diagnosi focale.

Ispezionando la bocca bisogna far attenzione alla presenza di metalli diversi, al carico anomalo di singoli o più denti, alle tasche gengivali ecc. Un esame della vitalità dei denti è cosa ovvia, ma non va sopravvalutata. L'assenza di reazione allo stimolo freddo non significa necessariamente che un dente abbia la polpa necrotica; quando un dente reagisce a stimoli elettrici, non vuol dire che il dente sia vitale: può essere presente una gangrena umida.

Data l'insicurezza della diagnosi clinica, sono stati elaborati diversi test per individuare focolai attivi o potenziali.

Tutti questi test van fatti alla fine, mai all'inizio della diagnosi. Essi coadiuvano, ma non sostituiscono i metodi clinici. Non dovremmo nemmeno lasciarci fuorviare e cercare il focolaio attivo tra più focolai. I test permettono rilievi di stati momentanei, ma il focolaio oggi potenziale può essere domani molto attivo; e viceversa.

La guarigione dei focolai può consistere solo in un'accurata e completa eliminazione di tutti i processi che possono costituire i focolai. Il resto è ciarlataneria e non solo procura insuccessi, ma contribuisce a mettere in dubbio tutto il discorso sui focolai. Esistono numerosi tipi di test. Ognuno è valido se impiegato da un esperto. Il loro impiego ha un senso, soltanto se si riesce a padroneggiarli.

Quale è la frequenza dei focolai dentari e mascellari? Le opinioni in proposito sono molto divergenti, sia sui possibili portatori che sul numero dei focolai. Riportiamo due statistiche:

- 1) Sono stati esaminati i reperti radioscopici di 2000 pazienti dell'Istituto Odontoiatrico dell'Università di Giessen (A. Rost). Solo 488 pazienti (24,4%) avevano dentature sane. 3 su 4 pazienti erano dunque portatori di focolai. Tra questi 15 12 pazienti, furono riscontrati 5331 denti con polpa necrotica: 3,5 denti per paziente. In alcuni casi, il numero dei denti con polpa necrotica era persino superiore a 15. A questi focolai si ag-

giungevano quelli potenziali, come 407 casi di ostite, 227 residui radicolari, 129 cisti, 353 denti distopici, 315 processi di sclerosi nella mascella e 574 profonde tasche ossee.

Ogni paziente aveva dunque, in media, 5 focolai attivi o potenziali in denti e mascella. Non si è tenuto conto di tutte le sinusiti mascellari odontogene, di tutte le infiammazioni croniche e dei processi degenerativi dentari e mascellari non visibili in radiografia, di tutte le irritazioni provocate da materiali metallici nel cavo orale. Queste ultime due possibilità sussistono anche per i pazienti elencati come guariti.

- 2) In una clinica per malattie circolatorie, di Bad Nauheim, sono stati esaminati 3000 reperti radioscopici (A. Rost e J. Rost). Ai pazienti era stato raccomandato la risanazione della dentatura: una dentatura sana era la condizione per essere ammessi alle cure e lo stato di salute doveva essere attestato dal dentista. Tutti presentarono questo certificato. Ma le radiografie accertavano solo 945 dentature sane — meno di un terzo dei 3000 pazienti. Gli altri 2055 pazienti presentavano 5.508 processi sospetti di focolai. Il quadro diventa ancora più preoccupante se si tiene conto che i 3000 pazienti avevano, in media, 12,5 denti, contro i 26 dei pazienti esaminati a Giesen.

Eliminazione dei focolai

Anche le malattie, col passare del tempo, cambiano sia aspetto che carattere. Fino a circa 25 anni fa, al risanamento dei foci seguiva di regola una guarigione spontanea. Oggi è invece la regola che, dopo l'eliminazione del focolaio, la malattia da focolaio non migliona affatto. Sicuramente sono in gioco più fattori, dei quali il più importante è probabilmente l'alterata reattività dell'uomo odierno. Quel che è certo, è che oggi la sola eliminazione del focolaio non basta per far regredire la malattia così indotta. Si rende necessaria una terapia d'accompagnamento. Questa avviene in tre fasi:

1. Terapia preliminare.

L'estirpazione di un focolaio attivo senza pretrattamento è un'azione irresponsabile. In clinica si somministra regolarmente un antibiotico come "protezione antidiffusiva" prima di un intervento sui foci. Il chirurgo si assicura così una copertura legale. Perito e giudice vengono resi più clementi. Si è fatto tutto quello che era da fare. Quando qualcosa va storto, perito e giudice domandano sempre: "Lei ha somministrato un antibiotico?" Finora non è mai stata posta la domanda: "Non ha per caso dimenticato di somministrare un rimedio omeopatico?"

Che genere di protezione dovrebbe dare l'antibiotico? Oggi sappiamo che un processo focale non è un processo batterico. Si tratta sicuramente di un processo tossico-allergico. L'antibiotico non solo è inutile, ma rappresenta anche un ulteriore fattore dannoso per l'organismo. Emmerich Lang, un eccellente conoscitore degli antibiotici e dei loro effetti, scrive nel suo libro "Terapia antibiotica": "Ogni terapia antibiotica costituisce una grave interferenza nell'ecologia della flora dell'organismo. Per di più, il ruolo dell'antibiotico nella guarigione di un'infezione è in genere sopravvalutato, mentre raramente si presta la dovuta attenzione alle difese fisiologiche. Ogni terapia antibiotica resta un compromesso tra il risultato sperato e i pericoli di effetti collaterali."

Per il superamento del trauma chirurgico occorre avere un organismo le cui difese non siano (o addirittura non vengano) danneggiate. Piuttosto bisogna rafforzare o, all'occorrenza, attivare l'immunità fisiologica. A tal fine si sono dimostrati particolarmente efficaci i rimedi omeopatici.

3 giorni prima dell'operazione, il paziente comincia a prendere 10 gocce di **Traumeel** 3 volte al giorno. Il giorno dell'intervento, il paziente prende ancora 10 gocce di **Traumeel**, al mattino presto. Questo preparato è una felice combinazione di rimedi che permettono di superare agevolmente il trauma chirurgico quali: *Arnica*, *Calendula*, *Bellis perennis*, *Symphytum*, per la guarigione dei tessuti ossei, *Hypericum*, rimedio nervino e, particolarmente importante, *Echinacea*, per il rafforzamento del sistema immunitario generale, della immuni-

tà biologica e per la stimolazione della produzione leucocitaria.

2. L'estirpazione dei foci va operata in un numero di sedute quanto più possibile ridotto. Tra i singoli interventi deve intercorrere un intervallo di almeno 14 giorni, che è il periodo in cui possono manifestarsi eventuali allergie tardive. Subito dopo l'operazione si deve iniziare una terapia d'accompagnamento. Un ottimo preparato protettivo è **Engystol**. Inoltre è spesso indicato un analettico circolatorio (**Circulo-Injeel**, più raramente **Cralonin**).

Per la protezione di organi indeboliti o danneggiati dai focolai si impiegano i rimedi omeopatici specifici. La loro scelta è decisa in base al quadro clinico. Se dopo l'intervento dovesse sopravvenire effettivamente una infezione con dolori e gonfiore (evento raro), anche in tal caso non è necessario ricorrere subito all'antibiotico. È molto meglio iniettare sotto cute un cocktail di provata efficacia, composto da: **Echinacea Injeel forte + Pyrogenium Injeel + Lachesis Injeel**.

3. La terapia postoperatoria continua fino ad avvenuta cicatrizzazione della ferita. In genere si tratta di 3-5 giorni. Nei casi di notevoli perdite di sostanza ossea, per ferite lasciate aperte nel cavo orale, la guarigione può richiedere fino a 14 giorni. La scelta dei rimedi omeopatici dipende dal quadro clinico e dall'andamento della cicatrizzazione. Per il lavaggio delle ferite è indicata una soluzione con **Traumeel**. Il paziente dovrebbe comunque prendere **Traumeel** durante il periodo della cicatrizzazione. Non esiste tuttavia una ricetta valida per tutti i casi. Il rimedio omeopatico è un farmaco individuale e richiede dal medico molto di più della consultazione di un repertorio.

Dopo l'asportazione di un'amalgama ipersensibilizzante, deve essere eseguita una terapia desensibilizzante. A tal fine si somministrano iniezioni settimanali di **amalgama omeopatizzata** (*Staufen-Pharma*) e anche in questo caso non si può rinunciare a rimedi protettivi. Oltre all'amalgama deve essere somministrato **Lymphomyosot** come drenante e **Traumeel** come protettivo. Non si deve mai somministrare solo l'amalgama omeopatizzata, si possono provocare sensazioni spiacevolissime, oppure si

rischia di far peggiorare l'organopatia. Abbiamo cercato di dare un'idea delle numerose possibilità di focolai dentari e mascellari e di fornire nel contempo indicazioni utili per una efficace guarigione.

Questo campo è molto complesso e di alcuni argomenti si è solo accennato. Ma da quanto esposto si può già vedere che sia la diagnosi che la terapia nascondono parecchie trappole.

Buoni risultati nella terapia dei focolai sono possibili solo con una stretta collaborazione tra terapeuta e chirurgo.

In caso di insuccesso, entrambi devono chiedersi: Cosa ho trascurato? Che cosa non ho fatto con sufficiente accuratezza? Solo così la terapia dei focolai può dare veramente i risultati sperati.

Discussione

Il Dr. Gluck, odontoiatra, ha fatto rilevare che al raschiamento, proposto dal prof. Rost, sono posti dei limiti naturali, specie nella mascella superiore, dal lato dei seni mascellari. I seni mascellari non devono mai essere aperti. Il prof. Rost ha precisato che il raschiamento alla mascella superiore va fatto con molta cautela e destrezza, per non aprire i seni mascellari.

Dato che nell'area da raschiare è sempre in corso un'inflammazione, si può eseguire un test di elettroagopuntura (EAV).

Il pericolo di provocare nuove infiammazioni col raschiamento, può essere prevenuto con la terapia biologica d'accompagnamento e controllata con l'EAV. Dopo l'operazione se è stato asportato quanto c'era da asportare si avranno al test dei valori normalizzati. □

