



E. Biffi

## RIASSUNTO

Scopo di questo studio è valutare il ruolo patogenetico dei campi di disturbo focali di origine sinusale frontale ed odontogeno incisivo (o di entrambi) come causa/concausa di lombalgia e lombosciatalgia (per entrambe: LBP *sensu lato*) e l'efficacia terapeutica della risoluzione della focalità e della sintomatologia algica a distanza ottenute mediante Neuralterapia associata a terapia Omotossicologica.

Sono stati arruolati nello studio 112 pz (42 M; 70 F; 12-81 anni di età), di cui 64 affetti da LBP (44 lombalgie; 20 lombosciatalgie).

Si è potuta dimostrare la stretta relazione tra focalità e lombosciatalgia ( $Ki^2 = 7,66\%$  con probabilità 1% e  $p = 0,0056$ ;  $Ki^2$  corretto Yates = 6,17% con probabilità 5% e  $p = 0,0130$ ).

– Lo studio è stato effettuato c/o il Centro Studi di Posturologia Clinica Integrata – BS da gennaio 2006 a dicembre 2008 ed ha confermato che la Neuralterapia (cloridrato di procaina 1% o 2%) associata a terapia Omotossicologica è efficace nel trattamento della lombalgia e della lombosciatalgia nell'87% dei casi trattati con *follow-up* fino ad un anno [per focus sinusale: Sinusitis frontalis Nosode serie AP (1 fiala sublinguale/settimana) + Lymphomyosot® gtt (10x3/die) + Euphorbium comp. s gtt (10x3/die) + Meridian Komplex n°12 gtt (10x3/die); per focus odontogeno: Nosode specifico della focalità odontogena (1 fiala sublinguale/settimana) + Lymphomyosot® gtt (10x3/die) + Meridian Komplex n°12 gtt (10x3/die)].

**PAROLE CHIAVE** LOMBALGIA, LOMBOSCIATALGIA, FOCALITÀ, NEURALTERAPIA, OMOTOSSICOLOGIA, OMEOPATIA, NOSODE

**SUMMARY:** The purpose of this study is to evaluate the pathogenic role of disturbance focal fields of frontal sinus and odontogenic incisive origins (or both) as the cause/contributory cause of low back pain and sciatic neuralgia (for both LBP = *sensu lato*) and the therapeutic efficacy of the resolution of the focality and of the painful symptoms in the distance, obtained by Neural therapy associated with Homotoxicological therapy.

In the study 112 patients were enrolled (42 males, 70 females, aged 12-81) 64 of which suffering from LBP (44 low back pain; 20

## FOCALITÀ E LOW BACK PAIN – BASI FISIOPATOLOGICHE E PATOGENETICHE DEL TRATTAMENTO NEURALTERAPICO ED OMOTOSSICOLOGICO

### FOCALITY AND LOW BACK PAIN

– *PHYSIOPATHOLOGICAL AND PATHOGENETIC BASIS  
OF NEURAL THERAPY AND HOMOTOXICOLOGICAL TREATMENT*

Con il termine lombalgia (*Low Back Pain - LBP*) si indica un dolore, accompagnato a contrattura o rigidità muscolare, localizzato in regione lombare, esteso tra il margine inferiore dell'arcata costale ed i solchi glutei inferiori.

– Se il dolore si irradia all'arto inferiore, il sintomo prende il nome di lombosciatalgia qualora l'irradiazione interes-

si la parte posteriore dell'arto inferiore, o di lombo-cruralgia, nei casi in cui interessa la parte anteriore dello stesso.

La lombalgia può avere carattere acuto o cronico. Nel primo caso la durata massima dell'episodio doloroso non supera le 12 settimane; l'ulteriore prolungamento della durata della sintomatologia dolorosa permette di classificare la lombalgia come cronica.

sciatic neuralgia). The close relationship between focality and sciatica could be demonstrated ( $Ki^2 = 7.66\%$  with probability 1% and  $p = 0.0056$ ;  $Ki^2$  Yates corrected = 6.17% with probability 5% and  $p = 0.0130$ ).

– The study was made c/o the Research Center of Integrated Clinical Posturology - Brescia (I) from January 2006 to December 2008; it confirmed that the Neuraltherapy (procaine hydrochloride 1% or 2%) associated with Homotoxicological therapy is effective in treating low back pain and sciatic neuralgia in 87% of the cases treated with up to one year

*follow-up* [for sinus focus: Sinusitis frontalis Nosode AP (1 ampoule sublingual / week) + Lymphomyosot® (10 drops x3/die) + Euphorbium comp. s (10 drops x3/die) + Meridian Komplex n°12 (10 drops x3/die); for odontogenic focus: specific Nosode for the focality (1 ampoule sublingual/week) + Lymphomyosot® (10 drops x3/die) + Meridian Komplex n°12 (10 drops x3/die)].

**KEY WORDS:** LOW BACK PAIN, SCIATIC NEURALGIA, FOCALITY, NEURAL THERAPY, HOMOTOXICOLOGY, HOMEOPATHY, NOSODE

– IL LBP acuto è solitamente descritto come un dolore improvviso, persistente ed acuto, oppure come un dolore sordo, avvertito in regione lombare *sotto la cintura*.

La tendenza evolutiva dalla forma acuta a quella cronica interessa una percentuale variabile della popolazione affetta, compresa tra il 2 ed il 7%.

Il LBP è un sintomo molto frequente e diffuso tanto che si ritiene che circa l'80% della popolazione adulta ne abbia avuto almeno un episodio durante la vita. Il picco di frequenza si colloca intorno ai 40 anni, con rischio massimo tra i 35 ed i 45 anni.

Interessa il 50% della popolazione oltre i 60 anni.

Il peso socio-economico dell'invalidità per lombalgie croniche è in aumento esponenziale nei Paesi industrializzati, dove rappresenta la causa principale di assenteismo dal lavoro.

Tra le cause responsabili della lombalgia si distinguono quelle di origine **vertebrale**, legate a interessamento dei tessuti molli vertebrali, paravertebrali o delle strutture ossee della colonna, e

quelle **extravertebrali**, principalmente dovute a cause viscerali interne.

In quest'ultimo caso, la lombalgia, presenta le caratteristiche del dolore riferito. Circa l'85% dei casi di LBP acuto è causato da forme miofasciali autolimitanti. Nell'1-3% dei casi a origine vertebrale, l'eziologia è legata ad una protrusione o erniazione discale. Nell'1% dei casi l'origine del dolore è neoplastica, da forme primitive o metastatiche.

Il LBP di origine neoplastica e le fratture vertebrali sono più frequenti oltre i 55 anni. Nel 4%, soprattutto nell'anziano, il dolore è causato da fratture patologiche. Cause più rare sono rappresentate da infezioni (lombalgie infiammatorie). Negli individui di età inferiore ai 20 anni, la causa più frequente è rappresentata dalla **spondilolistesi**.

Nella fascia di età giovanile si rileva una maggior frequenza di LBP da causa infiammatoria, spesso reumatica (spondilite).

– Gli **squilibri posturali** giocano un ruolo fondamentale nella genesi del LBP in considerazione, soprattutto, dell'importanza della regione lombare nella dis-

tribuzione dei carichi conseguenti alla postura ortostatica antigravitaria ed alla curvatura lordotica del segmento vertebrale lombare.

Una corretta curvatura lombare, associata ad un buon equilibrio del bacino, sono due elementi fondamentali per la corretta distribuzione dei carichi da quest'ultimo agli arti inferiori.

Nel segmento vertebrale lombare, le articolazioni intervertebrali sono conformate per *lavorare* normalmente con una lordosi lombare fisiologica correlata a un angolo sacrale di 32°.

Ne consegue che, nelle situazioni in cui si realizza uno squilibrio tonico della muscolatura (soprattutto se operante anche durante le ore notturne), il connettivo discale non si reidrata per le forti tensioni posteriori cui è sottoposto.

È questo il motivo principale per cui gran parte dei pazienti affetti da LBP cronico non riesce a trattenerli a lungo a letto di mattino e beneficia dalla ripresa del movimento che allevia temporaneamente la tensione sul disco per le variazioni di pressione che ne derivano (Busquet, 1993).

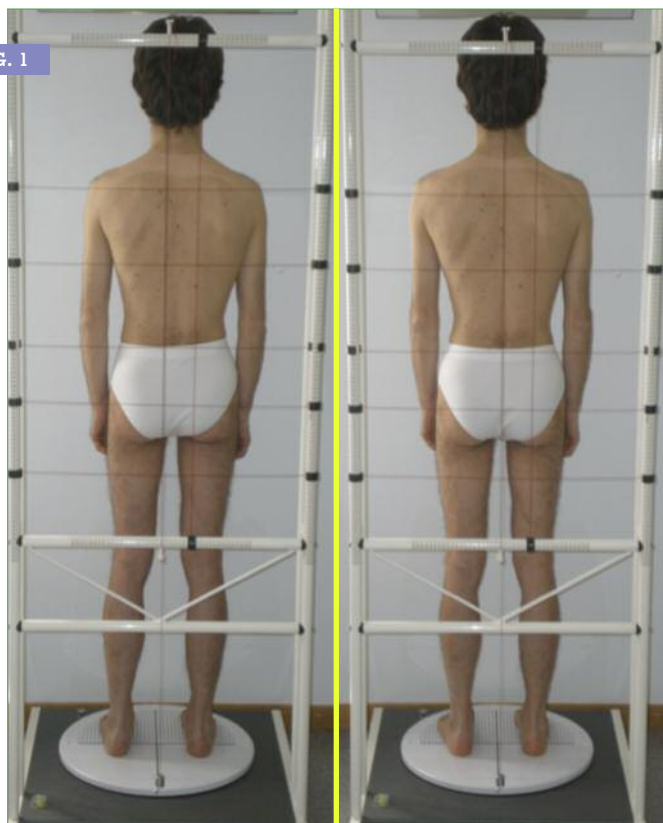
– Particolarmente importanti nella genesi del LBP sono gli squilibri posturali torsionali in relazione, soprattutto, al pressoché costante coinvolgimento del *tampone* podalico e pelvico.

Tra le cause e concause meno note di LBP vi sono gli **squilibri focali**, soprattutto a partenza dal seno frontale e dai denti incisivi.

Con il termine di *focus* (focolaio), si suole indicare un'area anatomica circoscritta, sede di alterazione del potenziale energetico (ed elettrico, in riferimento alla polarità della membrana cellulare) per la presenza di materiale organico ed inorganico, non biodegradabile. Lo squilibrio energetico indotto provoca, dapprima, uno squilibrio locale; in seguito, al **metamero corrispondente** e, infine, su un **organo bersaglio** (organo metafocale) omolaterale alla sede del *focus*. Il *focus*, importante fattore di stress cronico, è anche in grado di produrre la progressiva comparsa di squilibri sistemici attraverso mecca-

FIG. 1

Assetto posturale prima e dopo Neuralterapia in paziente con focalità sinusale frontale.



nismi neuroendocrini (sindrome da adattamento).

La capacità di agire su organi bersaglio a distanza sembra essere mediata, oltre che dalla rete neurale, prevalentemente dai Meridiani di Agopuntura.

Per meglio comprendere i fenomeni a distanza, legati alla focalità, è utile rifarsi al Sistema Fondamentale, come descritto da Pischinger.

– Quest'Autore ha rilevato l'importanza della matrice extracellulare (ECM) nella regolazione dell'organismo individuando, nella porzione di ECM compresa tra la filiera epiteliale o tra le cellule parenchimali e la rete capillare, la sede del Sistema Fondamentale di Regolazione (SFR) o *Ground System* (GS). Pischinger sposta, con la sua teoria, il ruolo di unità funzionale dell'organismo dalla cellula all'intima relazione esistente tra questa e la ECM ed evidenzia l'importanza fondamentale dell'intima connessione esistente tra questi due elementi: *"Il concetto di cellula, se preso con precisione, è solamente un'astrazione morfologica."*

*Dal punto di vista biologico non può essere considerato senza l'ambiente di vita della cellula"* (Pischinger, 2007).

La ECM del GS è, infatti, l'unico tessuto ubiquitariamente distribuito in tutto l'organismo in grado di rappresentare un *continuum* che collega ogni singolo elemento cellulare a tutti gli altri.

– Il SFR presiede, pertanto, alle più importanti e vitali funzioni cellulari: regolazione della riproduzione e della crescita cellulare, dell'equilibrio elettrolitico ed acido-base, della respirazione cellulare, etc.

Ciò è reso possibile grazie alla diffusione e gestione delle informazioni che, tramite la stessa ECM, giungono da ogni parte dell'organismo alla cellula grazie a due importanti sistemi cibernetici:

- 1) la **rete capillare**, che provvede alla "trasmissione lenta" delle informazioni;
- 2) la **rete neurovegetativa**, che ne garantisce la "trasmissione veloce".

Il SFR è responsabile anche della diffusione delle informazioni in direzione opposta, dalla cellula al resto dell'organismo. È, quindi, tramite la mediazio-

ne del GS che il *focus* è in grado di agire a distanza sull'organo bersaglio.

– Gli studi compiuti sul fenomeno della focalità hanno consentito di verificare, infatti, che la sua azione sembra essere mediata prevalentemente dal Sistema simpatico. L'ubiquitarità della distribuzione di quest'ultimo e la rapidità di trasmissione delle informazioni che viaggiano in senso afferente ed efferente, fanno di questa branca del Sistema neurovegetativo l'elemento più idoneo a mediare gli effetti a distanza del campo di disturbo focale.

Nella sede di quest'ultimo, le vie afferenti neurovegetative sono, infatti, sottoposte ad una stimolazione cronica. Tale fenomeno produce una contemporanea stimolazione della fibra efferente a livello spinale cui consegue una stimolazione diretta o indiretta del Sistema senso-motorio collegato mediante sinapsi (Barop, 2003). La stessa stimolazione cronica del Simpatico sarebbe responsabile anche degli effetti che il campo di disturbo provoca sul Sistema tonico posturale a causa dell'interferenza sulla funzionalità della **Sostanza Reticolare pontina** e **mesencefalica** e del **Diencefalo**, mediata dal Sistema neurovegetativo (Rohen, 1985).

– A tutto ciò si aggiungono gli effetti legati alla possibile influenza sulle stesse strutture diencefaliche e, conseguentemente, sull'**Ipotalamo**, cui conseguono alterazioni di tipo neuroendocrino riguardanti l'omeostasi dei liquidi e la secrezione ormonale.

– Il fatto che - solitamente - il campo di disturbo sia localmente asintomatico fa comprendere che lo stimolo cronico, in grado di provocare la stimolazione simpatica afferente, sia di debole intensità (subliminare) ma tale da alterare la normale ritmicità funzionale del Sistema simpatico.

L'alterazione dei ritmi della ECM, che consegue all'instaurarsi del processo focale, è un fattore patogeno di estrema importanza nel determinismo dello squilibrio regolativo, (mantenimento dell'equilibrio omeodinamico) sia loco regionale, sia sistemico.

Heine (1999), a tal proposito, così si

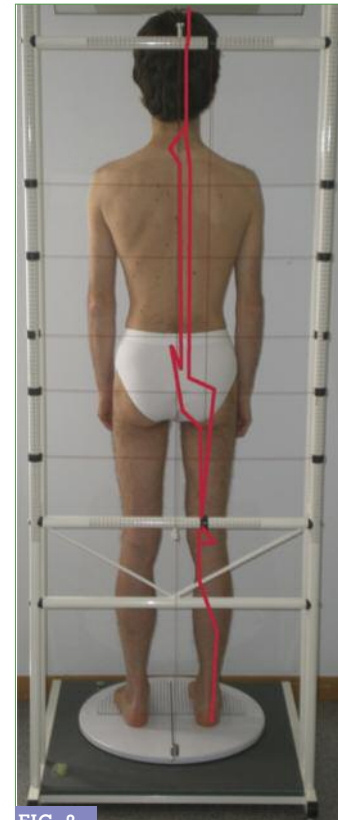


FIG. 2

**Decorso del Meridiano Vescica Urinaria (BL).**

esprime: *"Il potere di autoguarigione di un organismo dipende dalla regolarità dei ritmi delle funzioni vegetative".*

– Le malattie alterano tale ritmo che viene ripristinato in fase di convalescenza. Talvolta (come nel caso dell'interferenza sul SFR prodotta dai FANS) si verifica un deposito dell'informazione disturbante anche dopo il superamento della patologia. Tale "informazione parassitaria" che può essere legata a un coinvolgimento del Sistema immunitario o a una "cicatrice" nella ECM altera il ritmo funzionale della stessa.

– Sulla base della personale esperienza clinica e di ricerca, appare evidente come il campo di disturbo focale possa provocare situazioni di **asimmetria tonica nei due emisomi** responsabile della realizzazione di *pattern* torsionali che possono essere corretti dalla risoluzione del campo di disturbo mediante Neuralterapia (FIG. 1).

La reattività della ECM, infatti, pur essendo globale, non è unitaria, così che

può mostrare un carattere asimmetrico, come dimostrato da Bergsmann e in seguito confermato da Pischinger, Kellner e Perger.

– Secondo Heine le proprietà oscillatorie della ECM possono fare in modo che un'anomalia della regolazione locale, quale indotta da un campo di disturbo, coinvolga il midollo spinale attraverso le afferenze somatiche e viscerali ed i corrispondenti nervi spinali.

Ciò provoca, per via riflessa metamERICA e centrale, una risposta efferente somato - visceromotoria con la comparsa di una contrattura dolorosa a livello del corrispondente complesso regolatore metamERICO (Heine, 1999).

Ne consegue un'alterazione delle funzioni regolatorie metaboliche a livello dei dermatomeri, miomeri e visceri collegati.

Col tempo tutto ciò coinvolge i meccanismi di regolazione centrale con interessamento dell'emisoma corrispondente alla sede del *focus* e comparsa di contratture muscolari dolorose che tendono a propagarsi, progressivamente, oltre i metameri inizialmente interessati.

Conseguentemente la sintomatologia tonico-algica si irradia lungo la catena cinetica muscolare determinando un'asimmetria della muscolatura tonica con conseguente squilibrio del Sistema tonico posturale. È importante notare come, in questi casi, si possano rilevare nel territorio metamERICO interessato aree di *gelosi* e la comparsa di punti *trigger* che, nell'80%, corrispondono ai Punti di Agopuntura (Milani, 2003).

Lo stimolo che provoca l'attivazione regionale del Simpatico afferente a livello del campo di disturbo è aspecifico: diversi fattori concorrono a tale fenomeno.

– Solitamente si tratta della presenza di **piccoli depositi di materiale organico o inorganico non biodegradabile**.

L'alterazione del SFR in sede provoca la progressiva incapacità da parte dello stesso di compensare, a livello locale e/o sistemico, stimoli di piccola o media intensità.

Considerando che l'organismo è un Sistema dinamico, esso è sensibile anche ad *input* piccoli o infinitesimali che, per la natura instabile dello stesso, si possono **propagare a distanza**.

Le evidenze cliniche e sperimentali sembrano confermare come, nelle fasi iniziali, il disturbo della regolazione di base indotto dal campo di disturbo si mantenga limitato ai metameri corrispondenti alla sede del focolaio.

Solo in seguito, e con un tempo molto variabile, questo tende a coinvolgere l'emisoma omolaterale e, solo alla fine, l'intero organismo (Milani, 2003).

Il *focus*, pertanto, rappresenta un precarico del Sistema che non dà segni clinici locali. La *slatentizzazione* clinica dello stesso è, pertanto, sempre strettamente correlata a fenomeni di accumulo per il carattere aspecifico della reattività del SFR.

Sarà, quindi, l'effetto sommatorio delle più svariate cause irritative a portare, dopo un tempo lungo anche decenni, alla comparsa della sintomatologia.

– Pertanto, se la persistenza di materiale non biodegradabile nella sede del campo di disturbo è condizione fondamentale per lo sviluppo dello stesso, è difficile stabilire quando una patologia dia seguito alla realizzazione del quadro sintomatologico metafoCALE.

L'attivazione di un campo di disturbo raramente segue direttamente l'insorgenza di una patologia o di una lesione. Non tutti i granulomi dentari, ad esempio, sono sede di focalità, anche se l'eventuale *focus* ad essi correlato, può attivarsi in qualsiasi momento della vita, anche dopo decenni dalla comparsa della lesione anatomopatologica infiammatoria cronica.

– La *consecutio temporum* tra la comparsa della lesione focale e l'insorgenza della sintomatologia metafoCALE è una variabile imprevedibile che impedisce di evidenziare la stretta relazione esistente tra sede del *focus* e sintomatologia conseguente. Solo raramente la successione temporale tra comparsa del *focus* e sintomatologia metafoCALE è tale da permettere la diagnosi.

Nella maggior parte dei casi il tempo intercorrente è molto lungo.

Tale latenza nella comparsa della sintomatologia e, quindi, la sua imprevedibilità, non dovrebbero meravigliare se si considera il carattere non lineare del comportamento del SFR la cui organizzazione "complessa" prevede la presenza di meccanismi regolativi ridondanti che possono mantenere latente il *focus*.

Solo quando, per "effetto somma", il Sistema esaurisce i meccanismi di compenso, compare la sintomatologia.

È, quindi, lo "scompenso" dei meccanismi regolativi locali a porre le condizioni per la *slatentizzazione* del campo di disturbo e la comparsa della sintomatologia metamERICA e a distanza.

Se si esamina la frequenza riguardante la sede anatomica di localizzazione dei *foci* è possibile notare come il capo sia frequentemente interessato.

Tale dato trova conferma, sia nelle nostre statistiche, sia in quelle di Barop (2003).

Nell'ambito dei *foci* cefalici, le sedi più frequenti sono, nei bambini e nei giovani, i **seni paranasali**, le **tonsille** e l'**orecchio interno**; negli adulti, sono soprattutto i **denti** e i **seni paranasali**.

Non vanno sottovalutati, negli adulti, i *foci* tonsillari anche in relazione alle cicatrici da tonsillectomia ed ai monconi tonsillari residui. La maggior frequenza dei focolai cefalici, rispetto agli extra-cefalici, non è spiegabile solo con la più elevata frequenza di patologie che interessano questo distretto corporeo, ma anche per la rete di innervazione locale che presenta vie molto brevi in grado di raggiungere immediatamente le **Stazioni nucleari spino-tegmentali e diencefaliche del Simpatico** e, quindi, la **Formazione Reticolare**, attraverso la quale le informazioni raggiungono organi e Sistemi.

Nel capo, inoltre, si hanno connessioni dirette con il **Ganglio cervicale superiore** e con il **Ganglio inferiore del vago**, per il tramite del **Nervo giugulare**. Sempre tramite il **Ganglio cervicale**



**superiore** e le strutture nucleari midollari, che inviano fibre pregangliari allo stesso attraversando il **Ganglio cervicale medio** ed **inferiore**, (mielomeri C8/T7), si realizzano le correlazioni sinaptiche con i corrispondenti segmenti del **Plesso simpatico del torace e dell'addome**.

In tal modo, il **Ganglio cervicale superiore**, le cui fibre pregangliari si originano ai suddetti livelli della **Catena simpatica cervicale** tra C8 e T7, può coinvolgere indirettamente la regione addominale tramite il **Nervo grande splancnico** che, originando a livello del mielomero T6, fornisce fibre al **Plesso aortico** che contribuisce anche all'innervazione degli arti inferiori.

– Sono proprio queste ultime relazioni a rappresentare il substrato anatomico per il razionale dell'effetto a distanza sulla regione lombare del *focus* sinusale frontale e degli incisivi.

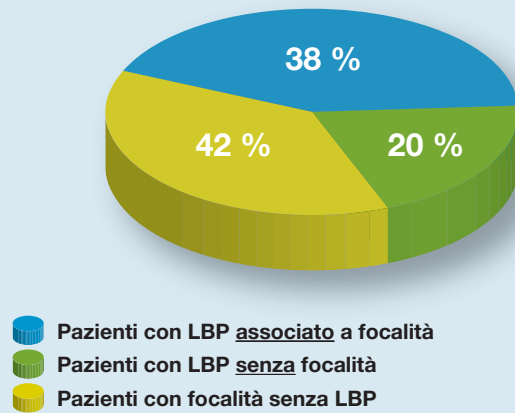
Nel considerare la mediazione degli effetti a distanza del *focus* non si può non coinvolgere il Sistema dei Meridiani energetici di Agopuntura. Per quanto riguarda, in particolare, la relazione tra focalità sinusale frontale e degli incisivi con il LBP, questa è mediata dal **Meridiano Vescica Urinaria (BL)**.

Se si visualizza il decorso dello stesso (FIG. 2), si evince che questo Meridiano origina a livello del canto oculare interno, decorre a circa 2 cm (*cun*) di distanza dalla Linea mediana post. del capo e del tronco e termina, doppiando in parte il decorso del n. sciatico, a livello dell'angolo ungueale esterno del V dito del piede omolaterale.

– Il Meridiano, passando ai lati della linea spondiloidea, si relaziona con la muscolatura paravertebrale assiale (Milani, 1983) e con la catena dell'ortosimpatico.

Lo stretto rapporto tra i Punti di Agopuntura (in particolare del Meridiano BL) con l'Ortosimpatico (Quaglia Senta, 1977; Milani, 1978) rappresenta un'importante correlazione che consente di individuare un substrato anatomofunzionale all'azione svolta dal

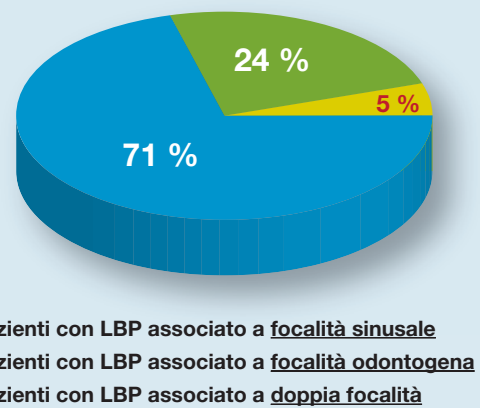
### Patologie considerate – Distribuzione % nella popolazione in studio



TAB. 1  
Tipologia dei  
pazienti in studio.

TAB. 2  
Percentuale di  
distribuzione del  
tipo di focalità  
associato a LBP.

### Pazienti con LBP associato a focalità



Meridiano BL nel mediare, da un lato, la relazione patogenetica tra *focus* e organo metafocale e, dall'altro, l'effetto terapeutico immediato a distanza indotto dall'iniezione di procaina nella sede del *focus*.

Un altro meccanismo indiretto con cui i *foci* dei seni paranasali frontali e degli incisivi possono aggravare gli squilibri posturali prodotti dal campo di disturbo, sarebbe legato allo squilibrio viscerale secondario ad una possibile **cistite cronica** o **ricorrente** di origine metafocale.

In questo caso, la flogosi dell'organo può influire sull'assetto posturale.

I *foci* sinusali frontali ed incisivi, infatti, spesso sostengono la cronicizzazione di cistiti batteriche o disturbi motori disfunzionali della vescica e degli organi "energeticamente" correlati, con conseguente comparsa di squilibri tonici delle catene crociate.

– L'inquadramento diagnostico del paziente con LBP deve essere, pertanto, veramente completo perché l'esatta individuazione delle cause di LBP, oltre a permettere l'esclusione di patologie gravi a carattere sistemico, possa consentire, una volta individuata la causa, di effettuare la corretta terapia eziologica, il più delle volte rapidamente risolutiva

della problematica, qualora questa sia sicuramente di origine focale.

Ricorrendo alla Neuralterapia, la conferma della presenza di un campo di disturbo è, infatti, ottenuta mediante criterio "ex juvantibus", rappresentato dal cosiddetto "fenomeno del secondo" legato all'immediata scomparsa della sintomatologia metafocale dopo il trattamento del campo di disturbo.

Il trattamento Neuralterapico si basa sulla somministrazione iniettiva, nella sede del focus, di **cloridrato di procaina 1 o 2%**. Lo stesso meccanismo patogenetico, responsabile dell'azione patoge-

na a distanza svolta dal focus, è alla base anche dell'effetto terapeutico che la Neuralterapia svolge a distanza sia sull'organo metafocale, sia sui miomeri interessati. Affinché il "criterio ex juvantibus" sia soddisfatto, la scomparsa della sintomatologia metafocale deve avvenire quasi istantaneamente al trattamento e perdurare per almeno 8 ore. In caso di ripresa della sintomatologia oltre i limiti di tempo indicati, il "fenomeno del secondo" deve ripetersi ad ogni seduta neuralterapica, aumentando progressivamente la durata dell'efficacia del trattamento dopo ogni somministrazione successiva, fino alla risoluzione.

Nella personale esperienza abbiamo verificato che in una discreta percentuale di casi, anche 1 solo trattamento può essere definitivamente risolutivo, soprattutto quando **associato a terapia Omotossicologica di accompagnamento della focalità**.

La diagnosi eziologica di LBP, pertanto, deve sempre prevedere la ricerca di cause focali anche nel caso in cui gli accertamenti diagnostici individuassero la presenza di altre cause extrafocali.

Allo stesso modo, in caso di accertata origine focale della lombalgia o della lombosciatalgia devono essere sempre escluse le altre possibili cause vertebrali ed extravertebrali delle stesse.

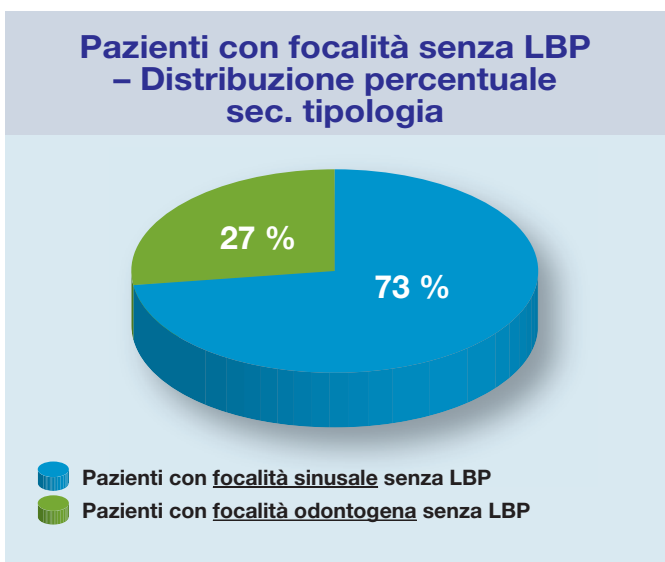
Il trattamento Neuralterapico, infatti, è risolutivo anche nei casi in cui vi siano fattori di comorbidità come, ad esempio, la presenza di un'ernia o di una protrusione discale.

Spesso, infatti, il trattamento Neuralterapico produce rapida risoluzione della sintomatologia dolorosa anche in caso di coesistenti patologie organiche.

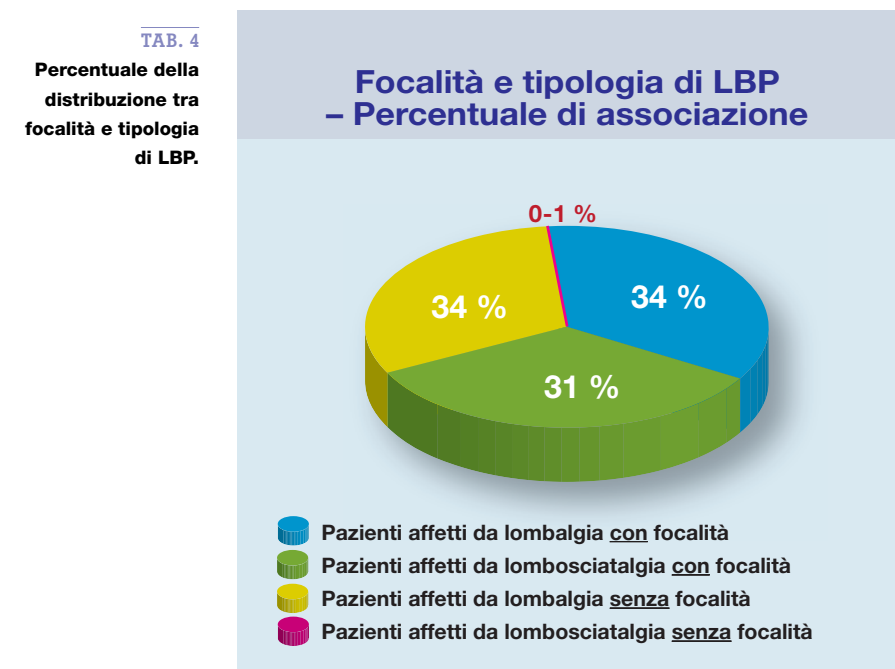
– Le difficoltà incontrate nella diagnosi di LBP da cause focali sono varie:

- 1) il focus dà raramente segni di sé nella propria sede anatomica;
- 2) la mancanza di relazione temporale tra evento patogeno nella sede del focus e momento di comparsa della sintomatologia metafocale;
- 3) il focus può essere stato prodotto da una patologia o da un trauma o da una lesione che il paziente non ricorda o che ha avuto un decorso subclinico tale da non attirare la propria attenzione;
- 4) non sempre il focus presenta un substrato anatomopatologico rilevabile con i comuni mezzi di indagine strumentale. Un dente può, ad esempio, essere "focale" semplicemente per un trauma da precontatto occlusale, di cui il paziente non ha coscienza, nè conoscenza. Ne consegue che la mancata evidenza Rx di lesioni anatomopatologiche non deve far escludere l'origine focale del disturbo.

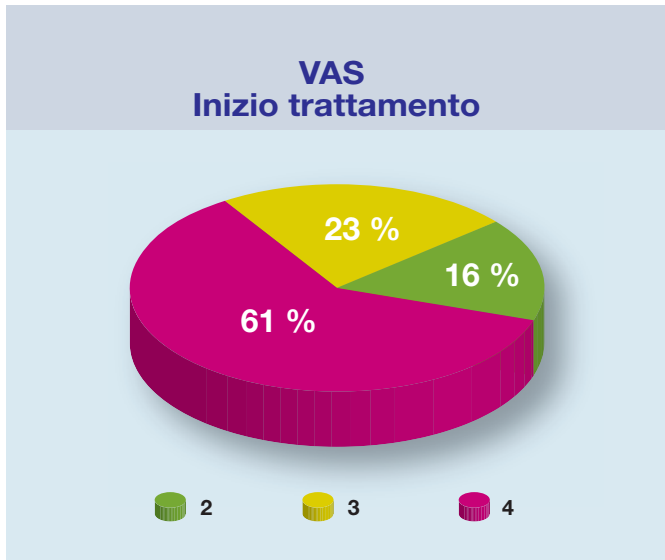
La diagnosi di focalità deve essere ricercata con metodiche bioenergetiche



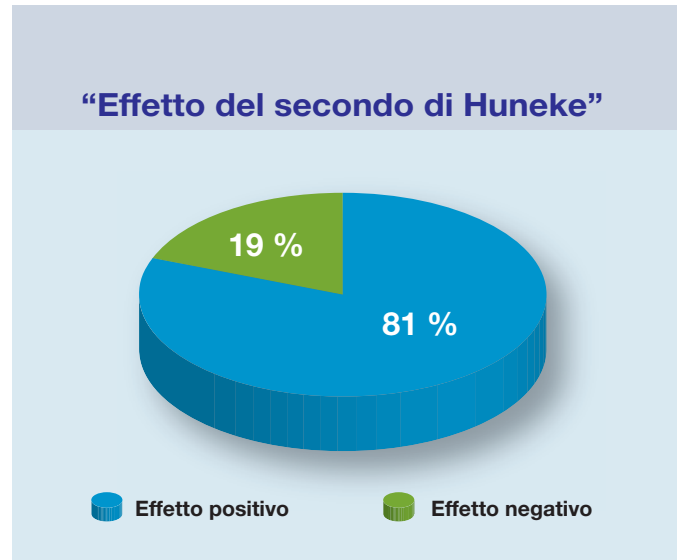
**TAB. 3**  
Distribuzione percentuale sec. tipologia della focalità non associata a LBP.



**TAB. 4**  
Percentuale della distribuzione tra focalità e tipologia di LBP.



TAB. 5  
Percentuale di distribuzione dei livelli VAS nella popolazione sottoposta a trattamento.



TAB. 6  
Percentuale di realizzazione dell'effetto del secondo di Huneke alla prima applicazione di Neuralterapia.

(kinesiologia, test EAV, etc.) e confermata ricorrendo al criterio *ex juvantibus* offerto dalla Neuralterapia.

### MATERIALI E METODI

Questo lavoro si basa su uno studio retrospettivo riguardante i pazienti affetti da LBP (**lombalgia, lombo-sciatalgia**) e da focalità dei seni paranasali frontali e/o degli incisivi, giunti alla nostra osservazione c/o il Centro Studi di Posturologia Clinica Integrata - BS, dal gennaio 2006 al dicembre 2008.

Lo scopo del lavoro è stato quello di verificare la relazione esistente tra LBP e focalità sinusale frontale e/o odontogena a carico degli odontoni 11 - 12 - 21 - 22 - 31 - 32 - 41 - 42, quale fattore scatenante o aggravante la sintomatologia dolorosa, a prescindere dalle altre eventuali cause strutturali e/o posturali coesistenti alla base della stessa.

È stata, inoltre, valutata l'efficacia terapeutica della Neuralterapia e della terapia omotossicologica ad essa associata.

La presenza dell'effetto del secondo di Huneke e l'efficacia della terapia sono stati ritenuti criteri *ex juvantibus* per la conferma della corretta ipotesi eziopatogenetica e fisiopatologica.

– Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti affetti da LBP acuto o cronico riacutizzato e – quindi – con sintomatologia in atto, a prescindere dall'eventuale presenza di ernie o protrusioni discali, e tutti i pazienti affetti da focalità dei seni frontali e degli incisivi a prescindere dalla presenza o meno di LBP.

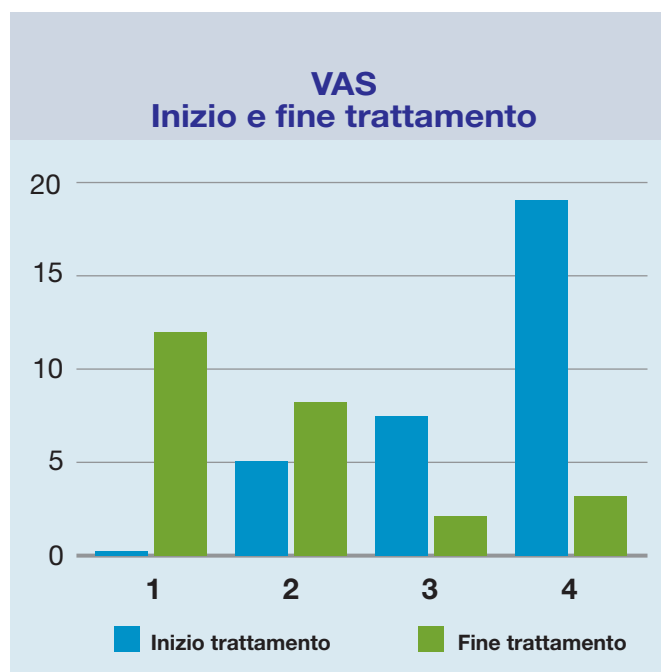
Sono stati esclusi dallo studio, pazienti affetti da lombalgia o lombosciatalgia

da causa extravertebrale (viscerale) o vertebrale neoplastica.

I pazienti sono stati sottoposti a visita medica e ad inquadramento clinico posturale.

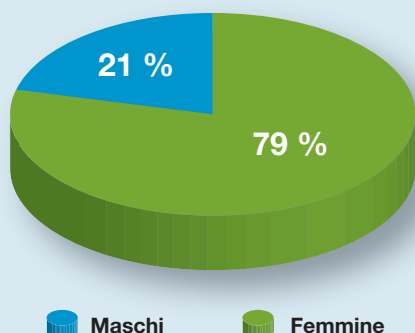
Su tutti i pazienti è stata effettuata la ricerca dei campi di disturbo e focalità, mediante test kinesiologico.

Per l'individuazione della focalità è stato eseguito un test di Kinesiologia Applicata utilizzando la tecnica della doppia TL (*Therapeutic Localization sec.*



TAB. 7  
Variazione della VAS all'inizio e alla fine trattamento.

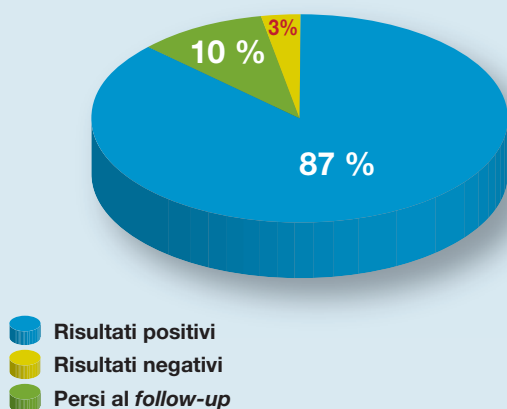
### Distribuzione delle focalità non associate a lombalgia sec. il sesso



**TAB. 8**  
Distribuzione sec. il sesso delle focalità non associate a lombalgia.

**TAB. 9**  
Percentuale di distribuzione dei risultati.

### Distribuzione dei risultati



AIKA), al fine di mettere in relazione patogenetica la sede della focalità e l'organo bersaglio.

Per la ricerca e la conferma della causa focale si è utilizzata la TL della sede *presunta* focale, prima senza e poi con l'utilizzo di nosodi - fiale test (Stauphen Pharma), in diluizione omeopatica scolare.

– In tutti i casi in cui è stata rilevata la presenza di una focalità sinusale frontale odontogena la vescica urinaria era sede di metafocalità (tecnica della doppia TL).

• La causa della focalità sinusale frontale è stata confermata dalla negativiz-

zazione della positività della TL del seno frontale rieseguendo la TL con la fiala test **Sinusitis frontalis Nosode serie AP** (Stauphen Pharma) che consentiva, a conferma della presenza della focalità sinusale, di negativizzare anche la TL eseguita sull'area di proiezione cutanea della vescica urinaria, in precedenza positiva.

• Nel caso di focalità odontogena, la diagnosi è stata confermata, oltre che dalla doppia TL (dente/vescica), anche mediante fiale test di **Nosodi odontoiatrici** (-Heel o serie AP Stauphen Pharma), utilizzate con la metodica descritta.

La Neuralterapia del seno frontale inte-

ressato dal *focus* è stata eseguita, iniettando nel punto BL2 corrispondente, 1 cc di cloridrato di procaina 1% (Pasco-neural Injectopas®) con ago 27 G 4mm. Per le focalità odontogene si è proceduto, nello stesso modo, iniettando 1 cc dello stesso prodotto nella gengiva di ciascun lato del dente (faccia vestibolare e faccia linguale/palatale). L'efficacia soggettiva e oggettiva della terapia sulla risoluzione del *focus* sinusale e/o odontogeno è stata verificata secondo le seguenti modalità:

1. Comparsa dell'“effetto del secondo” dopo l'iniezione.
2. Settimanalmente, mediante valutazione anamnestica supportata da valutazione della VAS (Scala Visuo Analogica) e test kinesiologico con TL della sede del *focus* e dell'organo bersaglio per la valutazione dell'eventuale riattivazione del *focus*.  
– La Neuralterapia è stata ripetuta solo in quei casi in cui, al controllo settimanale, era ripresa la sintomatologia dolorosa (dopo almeno 8 ore dalla seduta precedente) e il test kinesiologico, eseguito per la conferma della focalità, risultava positivo.
3. La valutazione dell'entità della sintomatologia soggettiva è stata eseguita mediante VAS graduata da 0 a 10, usando una scala a 4 livelli:
  - livello 4: “dolore intenso”; valori da 10 a 8
  - livello 3: “dolore”; valori da 7 a 5
  - livello 2: “dolore lieve”; valori da 4 a 1
  - livello 1: “assenza dolore”; valore 0.

La terapia omotossicologica del *focus* sinusale è consistita nella somministrazione di:

- **Sinusitis frontalis Nosode serie AP:** 1 fiala sublinguale a digiuno, 1 volta/settimana.
- **Lymphomyosot® gocce:** 10 gocce x 3 volte al dì, prima dei pasti.
- **Euphorbium compositum s gocce:** 10 gocce x 3 volte al dì, prima dei pasti.
- **Meridian Komplex® n°12 gocce:** 10 gocce x 3 volte al dì, prima dei pasti.



Per il focolaio odontogeno:

- **Nosode specifico della focalità odontogena** (TAB. 10): 1 fiala sublinguale a digiuno, 1 volta/settimana.
- **Lymphomyosot® gocce**: 10 gocce x 3 volte al dì, prima dei pasti.
- **Meridian Komplex® n°12 gocce**: 10 gocce x 3 volte al dì, prima dei pasti.

Entrambi i protocolli sono stati utilizzati nei pazienti con doppia focalità.

Il *follow-up* è stato eseguito per un anno dall'inizio del trattamento.

Circa l'"effetto del secondo di Huneke", il fenomeno si è ritenuto manifesto quando, dopo applicazione della Neuralterapia, il paziente ha avuto un riscontro sul dolore tale da consentire una **discesa di almeno 2 livelli VAS** entro pochi minuti dall'esecuzione della Neuralterapia.

Si è ritenuto di aver ottenuto una risposta positiva al trattamento quando tale risultato si è mantenuto costante al termine dei 2 mesi di trattamento complessivi e per un anno di *follow-up*.

I controlli, dopo definitiva neutralizzazione della focalità e scomparsa del LBP, sono stati eseguiti ad intervalli di 2 mesi.

Dopo i primi 2 mesi di terapia omotossicologica, a risoluzione avvenuta, i pazienti sono stati sottoposti a trattamenti personalizzati di riprogrammazione posturale sulla base di strategie terapeutiche stabilite durante le successive visite posturali.

► Sono stati arruolati nello studio **112 pazienti** (42 M; 70 F) di età compresa tra 12 e 81 anni.

– Dei 112 pazienti arruolati (TAB. 1), 64 (32 M; 32 F) erano affetti da LBP (44 lombalgie; 20 lombosciatalgie). Tra questi, i casi di LBP non associati a focalità erano 22 (12 M; 10 F).

Tra i 42 casi in cui il LBP era associato a focalità, in 30 era presente una **focalità sinusale** (18 lombalgie; 12 lombosciatalgie), in 10 una **focalità odontogena** degli incisivi (6 lombalgie; 4 lombosciatalgie) ed in 2 casi una **doppia fo-**

**calità**: sinusale frontale + odontogena (un incisivo) (TAB. 2).

L'età media dei maschi con LBP era di 40,3 anni; nelle femmine 40,9 (età media complessiva = 42,9 anni).

I 2 minorenni arruolati (12 e 15 anni) presentavano lombalgia associata a *focus* sinusale frontale; entrambi sono stati sottoposti a Neuralterapia.

I pazienti che presentavano focalità **non** associate a LBP, sono stati complessivamente 48 (12 M; 36 F); tra questi 35 (6 M; 29 F) presentavano una focalità sinusale frontale (71%).

L'età media degli individui di questo Gruppo era di 37,15 anni.

I pazienti con sola focalità odontogena erano 13 (6 M; 7 F) (27%) (TAB. 3).

Tra i 64 pazienti affetti da LBP, 44 (69%) presentavano una lombalgia, mentre 20 (31%) lamentavano lombosciatalgia.

Tra i primi, 18 presentavano una lombalgia focale, mentre, tra i secondi, la lombosciatalgia si associava a focalità sinusale frontale (sempre omolaterale alla sciatalgia) in 12 casi.

La percentuale in cui la lombosciatalgia non era associata a focalità sinusale era molto bassa (TAB. 4).

I pazienti con LBP associato a focalità sinusale e/o odontogena che, previo consenso informato scritto, hanno accettato di sottoporsi al trattamento su indicato sono stati 31 (16 M; 15 F).

Tra questi, i pazienti affetti da LBP associato a *focus* erniario discale che hanno accettato di sottoporsi al trattamento sono stati 9. Dei 31 pazienti trattati, 19 (61%) presentavano un livello VAS 4; 7 (23%) una sintomatologia di livello 3; 5 (16%) di livello 2 (TAB. 5).

L'"effetto del secondo" al termine del primo trattamento Neuralterapico è stato ottenuto in 25 casi (15 M; 10 F) sui 31 trattati (81%). Tra i pazienti che hanno evidenziato un "effetto del secondo" al primo trattamento, 3 (2 M; 1 F) non hanno completato il *follow-up* (nessuno dei pazienti apparteneva al Gruppo con *focus* erniario), mentre i restanti 28 hanno completato il *follow-up* ad un anno. Tra questi, 27 (96,4%) hanno mantenuto i risultati ottenuti (persistenza della VAS al livello ottenuto dopo 2 mesi di trattamento Omotossicologico

e risoluzione della focalità).

Il numero di sedute necessarie all'ottenimento della stabilizzazione della sintomatologia e della risoluzione della focalità è stato variabile.

In 6 casi (22%) è stato sufficiente un solo trattamento di Neuralterapia; in 10 casi (37%) sono stati effettuati 2 trattamenti; in 9 casi (33%) 3 trattamenti; in 4 casi (15%) la risoluzione della focalità è stata ottenuta in 4 trattamenti.

Solo in 2 casi (7%) è stato necessario ricorrere a 5 trattamenti Neuralterapici.

– È da rilevare che i 3 casi persi al *follow-up*, hanno abbandonato il trattamento Neuralterapico dopo essersi sottoposti a 2 sedute, quando erano asintomatici e negativi al test kinesiologico per la ricerca di focalità.

## DISCUSSIONE

Scopo di questo lavoro è stato quello di valutare il ruolo patogenetico dei campi di disturbo focali (*foci*) di origine sinusale frontale ed odontogeno incisivo, o di entrambi, quali causa o concausa di LBP (lombalgia; lombosciatalgia), e l'efficacia terapeutica della risoluzione della focalità e della sintomatologia dolorosa lombalgica e lombosciatalgica ottenuta mediante Neuralterapia associata a terapia Omotossicologica.

– Tra i 64 pazienti affetti da LBP giunti alla nostra osservazione c/o il Centro di Posturologia Clinica Integrata - BS, tra gennaio 2006 e dicembre 2008, l'associazione della focalità sinusale frontale o odontogena a carico di uno degli incisivi alla LBP è stata rilevata in 42 casi con una prevalenza del 66% ed un Intervallo di Confidenza del 95% compreso tra 54% e 77% con notevole significatività statistica: il  $Ki^2$  è risultato di 20,53, con probabilità -1%.

La prevalenza della lombalgia nella popolazione in studio affetta da focalità sinusale frontale o odontogena incisiva o mista è stata del 46% con un Intervallo di Confidenza del 95% compreso tra 36% e 57% rilevando un ruolo patogenetico importante delle focalità nell'insorgenza del LBP.

NOSODE	N. CASI associati a lombalgia o lombosciatalgia	N. CASI non associati a lombalgia o lombosciatalgia
Wurzelbehandelter Zahn nosode serie AP Stauphen Pharma®	7*	8
Zahnwurzelgranulom nosode serie AP Stauphen Pharma®	3**	3
Chronische pulpitis nosode serie AP Stauphen Pharma®	1	2
Kieferostitis nosode serie AP Stauphen Pharma®	1	

\* 1 caso associato a doppia focalità (sinusale frontale e odontogena)  
 \*\* 1 caso associato a doppia focalità (sinusale frontale e odontogena)

TAB. 10

Se si considera la prevalenza di una delle suddette focalità nella popolazione affetta da LBP, questa è stata del 66% con un Intervallo di Confidenza compreso tra 54% e 77%.

Particolarmente interessante è il dato indicato in TAB. 4. Dal grafico si evince la stretta relazione esistente tra focalità e lombosciatalgia. Infatti, mentre la distribuzione della lombalgia è pressoché sovrapponibile nella popolazione con focalità ed in quella senza focalità, per cui quest'ultima, per quanto significativamente associata, non sembra essere decisiva nell'insorgenza della lombalgia, viceversa, l'**associazione tra focalità e lombosciatalgia** è un fattore importante per la comparsa di quest'ultima.

– Il dato appare avere un peso statisticamente rilevante, sia al  $Ki^2 = 7,66$  con probabilità 1% e  $p = 0,0056$ , sia al  $Ki^2$  corretto Yates = 6,17 con probabilità 5% e  $p = 0,0130$ .

Questi dati dimostrano che nei casi di lombalgia o lombosciatalgia, sia acuta che cronica, è fondamentale ricorrere ad un inquadramento diagnostico che preveda la ricerca delle focalità che possano influenzare la comparsa della patologia dolorosa in sede lombare.

Ciò appare fondamentale, soprattutto nei casi di lombosciatalgia a prescindere dalla presenza o meno di ernia discale.

Quest'ultima, infatti, è stata rilevata, in 9 casi su 12, associata a focalità.

Il trattamento Neuralterapico ha rappresentato un valido criterio *ex juvantibus* per l'ulteriore conferma dell'esistenza della relazione patogenetica tra

focalità sinusale e LBP, grazie all'elevata percentuale (81%) dei casi (TAB. 6) in cui si è ottenuto l'"effetto del secondo di Huneke" testimoniato dalla scomparsa o dalla significativa attenuazione del dolore evidenziato attraverso la riduzione, di almeno 2 livelli VAS, rispetto all'intensità del dolore avvertito prima del trattamento Neuralterapico (TAB. 7).

La frequenza di associazione tra focalità e lombalgia nei due sessi è stata sovrapponibile mentre, l'incidenza delle focalità non associate a lombalgia è risultata maggiore nelle femmine (79%) (TAB. 8).

Questo dato potrebbe essere interpretato in diverso modo:

- 1) La focalità tenderebbe a manifestarsi più frequentemente nel maschio, probabilmente per la più facile comparsa di squilibri posturali.
- 2) La maggior tendenza al ricorso alla Medicina Preventiva nella femmina.

La prima ipotesi sembra smentita dal fatto che la distribuzione delle lombalgie non associate a focalità appare abbastanza uniforme in entrambi i sessi, come anche le complicanze erniarie discali.

**Lo studio ha confermato che la Neuralterapia, associata a terapia Omotossicologica, è efficace nel trattamento del LBP nel 87% dei casi trattati con follow-up fino ad un anno (TAB. 9).**

La presenza del *focus* erniario non ha influenzato l'esito dei risultati dimostrando che l'abbinamento della Neuralterapia con l'Omotossicologia rappresen-

ta un importante presidio terapeutico anche nei casi associati a protrusione o erniazione discale, che non sembra limitare la possibilità di raggiungimento del risultato terapeutico.

– Inoltre, l'associazione tra lombosciatalgia e focalità si è rilevata particolarmente elevata e statisticamente significativa, tanto da indurre a ritenere che l'evoluzione delle lombalgie verso le lombosciatalgie sia fortemente influenzata dalla presenza di *foci* che interessano il Meridiano BL. ■

## Bibliografia

- Busquet L. – Le catene muscolari. Vol II 67, Editore Marrapese, Roma; 1993.
- Barop H. – Manuale e atlante di terapia neurale secondo Huneke. Edi Ermes, Milano; 2003.
- Heine H. – Manuale di Medicina Biologica. Regolazione di base e matrice extracellulare. Fondamenti e Sistematica. Guna Editore, Milano; 1999.
- Milani L. – Agopuntura e patologia viscerale. Cleup Unicopli, Padova; 1978.
- Milani L. – Agopuntura come embrio-riflessoterapia. Una nuova teoria. Minerva Medica, 1983, Vol. 74; 2547-56.
- Milani L. – Omeosiniatria e trigger miofasciali: un'accoppiata vincente. Parte Prima. La Med. Biol., 2003/2; 31-41.
- Pischinger A. – The extracellular matrix and Ground Regulation - Basis for a Holistic Biological Medicine (*a cura di Heine H.*), North Atlantic Books, Berkeley, CA (USA); 2007.
- Quaglia Senta A. – Il Sistema simpatico in agopuntura cinese. Libreria Editrice Scientifica Cortina, Torino; 1977.
- Rohen J.W. – Funktionelle Anatomie des Nervensystems. Schattauer, Stuttgart (D); 1985.

## Riferimento bibliografico

BIFFI E. – Focalità e *Low Back Pain* – Basi fisiopatologiche e patogenetiche del trattamento neuralterapico ed omotossicologico. La Med. Biol., 2011/3; 13-22.

## Indirizzo dell'autore

### Dr. Enrico Biffi

– Specialista in Chirurgia Generale  
 – Membro del Consiglio Direttivo AIOT

Via San Bernardino 61/d  
 I – 25030 Roncadelle (BS)