

G. D'Andrea



RIASSUNTO

La Malattia parodontale è una patologia di non facile risoluzione di cui non è possibile fermare la progressione.

Le Medicine Non Convenzionali integrate e la Nutraceutica Fisiologica di Regolazione affrontano la patologia in modo allargato, integrando il trattamento odontoiatrico con una terapia mirata alla modulazione dei fattori di rischio e delle concause.

In virtù delle strette correlazioni tra mucosa orale e mucosa intestinale e dell'associazione Infiammazione Cronica Sistemica di Basso Grado - disbiosi intestinale, si ritiene che alla base dell'infiammazione cronica della Malattia parodontale vi sia uno stato di alterazione del microbiota intestinale.

– Obiettivo di questo studio è stato quello di valutare, rispetto ad un Gruppo controllo sottoposto esclusivamente a terapia odontoiatrica, la regressione della sintomatologia e dell'infiammazione locale causata dalla Malattia parodontale e la guarigione dei Tessuti nei pazienti in cui la terapia locale odontoiatrica è stata associata ad una terapia secondo la Nutraceutica Fisiologica di Regolazione con intervento sistemico sul microbiota intestinale (Gruppo di studio).

– Sono stati selezionati 20 pazienti (12 F; 8 M) affetti da Malattia parodontale di età compresa tra 35 e 65 anni. Al fine di evitare possibili concause della malattia, sono stati inclusi pazienti di entrambi i generi che non presentassero malattie sistemiche, che non assumessero farmaci da almeno 2 mesi, non fumatori e donne non gravide.

Il periodo di osservazione è stato di 12 settimane, articolato in 12 sedute a cadenza settimanale e con valutazioni effettuate in 3 tempi: inizio protocollo terapeutico (T0), a 6 settimane (T1) e a 12 settimane (T2).

– I risultati sono positivi, come evidenziato dalla valutazione dei parametri clinici considerati. Alla luce dei risultati ottenuti, è possibile affermare che la Malattia parodontale sia strettamente collegata alla disbiosi intestinale. Integrando la terapia odontoiatrica con la terapia Nutraceutica Fisiologica di Regolazione per il ripristino dell'eubiosi intestinale si ottiene una buona sinergia per la risoluzione della Malattia parodontale.

PAROLE CHIAVE

MALATTIA PARODONTALE, DISBIOSI INTESTINALE, INFIAMMAZIONE CRONICA SISTEMICA DI BASSO GRADO, NUTRACEUTICA FIOLOGICA DI REGOLAZIONE

SUMMARY: Periodontal disease is a pathology not easy to resolve and whose progression cannot be stopped.

Integrated Non Conventional Medicines, and in particular Physiological Regulating Nutraceutics, address the pathology in an extensive way, integrating dental treatment with a therapy aimed at modulating risk factors and causes. Particularly, by virtue of the close correlation between oral and intestinal mucosa, and the association of Low Grade Chronic Systemic

LA MALATTIA PARODONTALE – IMPORTANZA DEL RIPRISTINO DELL'EUBIOSI INTESTINALE

PERIODONTAL DISEASE

– IMPORTANCE OF THE RESTORATION OF GUT EUBIOSIS

INTRODUZIONE

Nella pratica clinica di uno studio professionale odontoiatrico, la **Malattia parodontale (MP)** è un'evenienza frequente non facilmente risolvibile per la complessità dei meccanismi eziopatogenetici, cui si aggiungono le ridotte po-

tenzialità farmacologiche convenzionali, quasi esclusivamente dirette al controllo della sola sintomatologia.

– Le Medicine Non Convenzionali integrate, ed in particolare la Medicina e la Nutraceutica Fisiologica di Regolazione, intervengono sui fattori di rischio e le concause della MP.

Inflammation with gut dysbiosis, it is believed that even at the basis of Chronic Systemic Inflammation of periodontal disease there is a state of alteration in the intestinal microbiota.

– The objective of this study was to assess the regression of symptoms and local inflammation caused by periodontal disease and tissue healing in patients treated with local dental therapy in association with Physiological Regulating Nutraceutics with systemic intervention on the intestinal microbiota (Study Group), compared to a Control Group undergoing only dental therapy.

– 20 patients (12 F; 8 M) with periodontal disease, aged 35-65, were selected. In order to avoid possible other causes of the disease, enrollment excluded patients with systemic diseases, patients who had taken drugs in the 2 previous months, smokers and pregnant women.

The evaluation period lasted 12 weeks, divided into 12 weekly sessions, and with evaluations carried out in 3 stages: beginning of therapeutic protocol (T0), after 6 weeks (T1), and after 12 weeks (T2).

The results are positive as evidenced by the the evaluation of the clinical parameters. In the light of the obtained results, it is possible to state that periodontal disease is closely related to intestinal dysbiosis. By integrating dental therapy with Physiological Regulating Nutraceutics therapy for the restoration of gut eubiosis, it is obtained a good synergy to resolve the periodontal disease.

KEY WORDS: PERIODONTAL DISEASE, GUT DYSBIOSIS, CHRONIC LOW-GRADE SYSTEMIC INFLAMMATION, PHYSIOLOGICAL REGULATING NUTRACEUTICS

La MP è una patologia ad eziologia batterica multifattoriale, caratterizzata da un processo infiammatorio cronico, con perdita progressiva dei Tessuti di sostegno del dente (1).

Alla principale causa batterica (presenza di placca e tartaro sopra e sotto gengivale), si associano **1)** ereditarietà (genetica), **2)** abitudini viziate come il bruxismo ed il serramento dei denti che causano traumatismi su gengive ed osso, **3)** alimentazione scorretta, **4)** stress, **5)** malattie concomitanti, **6)** utilizzo di farmaci, **7)** fumo di sigaretta e **8)** scorretta igiene orale.

Tutte queste cause *indeboliscono* la microflora del cavo orale innescando uno squilibrio dannoso.

– I segni visibili che devono mettere in allarme sono: **1)** rigonfiamenti ed arrossamenti gengivali, con o senza pus, **2)** alitosi, **3)** denti sensibili, **4)** sanguinamento delle gengive (soprattutto se il paziente non è fumatore), **5)** recessioni gengivali, **6)** estrusioni dentali, **7)** mobilità di uno o più denti ed il loro cambiamento di posizione; condizioni – tutte – che inducono il paziente a sottoporsi a visita specialistica odontoiatrica.

► Il fattore di rischio batterico trova nella **disbiosi intestinale** un'importante

concausa per lo sviluppo della MP, essendo – queste – due condizioni patologiche che coinvolgono mucose strettamente correlate poichè – entrambe – appartenenti all'Apparato digerente (2, 3, 5, 6).

La comprensione delle relazioni tra MP e disbiosi intestinale è fondamentale ai fini del percorso terapeutico che pone come obiettivo la guarigione, scongiurando la recidiva della malattia nel lungo termine.

La relazione tra cavità orale ed intestino trova fondamento, in primo luogo, nell'origine endodermica della loro mucosa e nell'appartenenza di entrambi al Sistema MALT (*Mucosa-Associated Lymphoid Tissue*); ne deriva che possano influenzarsi reciprocamente (3, 4).

L'origine infiammatoria della MP evidenzia il nesso tra l'infiammazione cronica **locale** dei Tessuti parodontali e l'Infiammazione Cronica Sistemica di Basso Grado (7, 8, 9), la quale, attraverso la mediazione delle molecole pro-infiammatorie e delle cellule immunitarie, sostiene lo stato infiammatorio dei Tessuti gengivali.

– Inoltre, in caso di alterazione del mi-

crobiota intestinale, l'immunità viene compromessa e possono insorgere infiammazioni ed infezioni, tra cui la MP.

In virtù della stretta correlazione mucosa orale-mucosa intestinale e dell'associazione Infiammazione Cronica Sistemica di Basso Grado – disbiosi intestinale, si ritiene, pertanto, che tra i principali fattori concausali della MP vi sia la disbiosi intestinale.

– Per questi motivi, in Medicina non Convenzionale, il trattamento della disbiosi intestinale **deve** essere parte integrante della terapia parodontale professionale.

MATERIALI E METODI

Obiettivo di questo studio è quello di valutare, rispetto ad un Gruppo controllo sottoposto esclusivamente a terapia odontoiatrica, la regressione della sintomatologia e dell'infiammazione locale causata dalla MP e la guarigione dei Tessuti gengivali in un Gruppo di studio costituito da pazienti in cui la terapia locale odontoiatrica è stata associata ad una terapia secondo la **Nutraceutica Fisiologica di Regolazione** che prevede un intervento specifico sul microbiota intestinale.

TAB. 1

Parametri clinici valutati.

	PARAMETRO 1 SANGUINAMENTO GENGIVALE	PARAMETRO 2 MOBILITÀ DENTALE	PARAMETRO 3 PROFONDITÀ TASCHE PARODONTALI	PARAMETRO 4 SENSIBILITÀ PERCEPITA DAL PAZIENTE
0	Assenza di sanguinamento	Assenza di denti mobili	Assenza di tasche parodontali (solco gengivale compreso) tra 0 e 3 mm	Nessuna
1	Lieve sanguinamento in seguito a spazzolamento	N° denti mobili inferiore o uguale a 2	N° denti con tasche parodontali tra 3 e 4 mm	Appena percepibile
2	Modesto sanguinamento in seguito a spazzolamento	N° denti mobili tra 3 e 4	N° denti con tasche parodontali tra 4 e 6 mm	Lieve
3	Evidente sanguinamento in seguito a spazzolamento	N° denti mobili tra 5 e 7	N° denti con tasche parodontali tra 6 e 8 mm	Moderata
4	Copioso sanguinamento in seguito a spazzolamento	N° denti mobili tra 8 e 10	N° denti con tasche parodontali tra 8 e 10 mm	Severa
5	Sanguinamento spontaneo	N° denti mobili maggiore di 10	N° denti con tasche parodontali maggiore di 10 mm	Intensa

	PARAMETRO 1 SANGUINAMENTO GENGIVALE	PARAMETRO 2 MOBILITÀ DENTALE	PARAMETRO 3 PROFONDITÀ TASCHE PARODONTALI	PARAMETRO 4 SENSIBILITÀ PERCEPITA DAL PAZIENTE
1	T0 - 5 T1 - 2 T2 - 1	T0 - 1 T1 - 1 T2 - 0	T0 - 3 T1 - 1 T2 - 0	T0 - 4 T1 - 1 T2 - 0
2	T0 - 5 T1 - 2 T2 - 0	T0 - 2 T1 - 0 T2 - 0	T0 - 3 T1 - 2 T2 - 0	T0 - 4 T1 - 2 T2 - 0
3	T0 - 2 T1 - 1 T2 - 0	T0 - 3 T1 - 2 T2 - 1	T0 - 2 T1 - 2 T2 - 0	T0 - 4 T1 - 2 T2 - 1
4	T0 - 2 T1 - 0 T2 - 0	T0 - 3 T1 - 2 T2 - 0	T0 - 3 T1 - 2 T2 - 0	T0 - 5 T1 - 1 T2 - 0
5	T0 - 5 T1 - 1 T2 - 0	T0 - 2 T1 - 1 T2 - 1	T0 - 2 T1 - 1 T2 - 1	T0 - 2 T1 - 0 T2 - 0
6	T0 - 2 T1 - 0 T2 - 0	T0 - 1 T1 - 1 T2 - 0	T0 - 1 T1 - 1 T2 - 0	T0 - 4 T1 - 1 T2 - 0
7	T0 - 5 T1 - 1 T2 - 0	T0 - 2 T1 - 1 T2 - 0	T0 - 2 T1 - 1 T2 - 0	T0 - 5 T1 - 2 T2 - 0
8	T0 - 3 T1 - 1 T2 - 0	T0 - 3 T1 - 2 T2 - 1	T0 - 3 T1 - 1 T2 - 1	T0 - 3 T1 - 2 T2 - 0
9	T0 - 3 T1 - 1 T2 - 0	T0 - 3 T1 - 2 T2 - 1	T0 - 3 T1 - 1 T2 - 0	T0 - 2 T1 - 0 T2 - 0
10	T0 - 3 T1 - 0 T2 - 0	T0 - 2 T1 - 1 T2 - 1	T0 - 2 T1 - 0 T2 - 0	T0 - 3 T1 - 1 T2 - 0

TAB. 2

Valori dei 4 parametri clinici considerati nel Gruppo studio (10 pazienti da 1 a 10) a T0, T1 e T2.

Allo scopo sono stati selezionati **20 pazienti** (12 F, 8 M) di età compresa tra 35 e 65 anni con MP conclamata.

– Al fine di evitare possibili concause della malattia, sono stati inclusi pazienti di entrambi i generi che non presentassero malattie sistemiche, ed in particolare patologie intestinali oncologiche o altre malattie impattanti, che non assumessero farmaci da almeno 2 mesi, non fumatori e donne non gravide.

I pazienti sono stati suddivisi in **2 Gruppi** (Gruppo di studio = 10 pz; Gruppo controllo = 10 pz) trattati per **12 settimane** consecutive dallo stesso operatore.

Il Gruppo controllo è stato sottoposto esclusivamente a terapia odontoiatrica per la cura della MP, secondo il protocollo terapeutico definito “preparazione iniziale”, effettuato mediante l’utilizzo degli ultrasuoni per la detartasi e del la-

ser a diodi 980 nm per la disinfezione e la biostimolazione tissutale; ciò ha consentito di evitare in tutti i pazienti di entrambi i Gruppi la necessità di intervenire chirurgicamente per la pulizia delle tasche parodontali.

– Sono stati considerati e valutati **4 parametri clinici significativi** (TAB. 1).

Il protocollo del Gruppo di studio prevedeva una terapia integrata, locale da parte dell’Odontoiatra (come il Gruppo controllo) e sistemica di ripristino dell’eubiosi intestinale secondo la Nutrizione Fisiologica di Regolazione.

– Il trattamento della **disbiosi intestinale** necessiterebbe di un protocollo terapeutico piuttosto articolato, diverso secondo la gravità della disbiosi.

In questo studio i pazienti sono stati trattati con una terapia di base di ripristino dell’eubiosi secondo la **Regola delle 3R** - Rimuovi, Ripara, Ripopola, utilizzando

do i 3 prodotti dedicati della Nutraceutica Fisiologica di Regolazione: **Enterosgel®**, **Colostroni** e **Proflora**.

Enterosgel®, 1 cucchiaino da tavola (15 g) 2 vv/die in un bicchiere d’acqua, da assumere 2 ore dopo i pasti o 1-2 ore prima dei pasti x 15 gg.

Colostroni, 1 bustina prima del pranzo da sciogliere direttamente in bocca, x 15 gg.

Proflora, 1 bustina mezz’ora prima di un pasto principale x 15 gg/mese x 2 mesi.

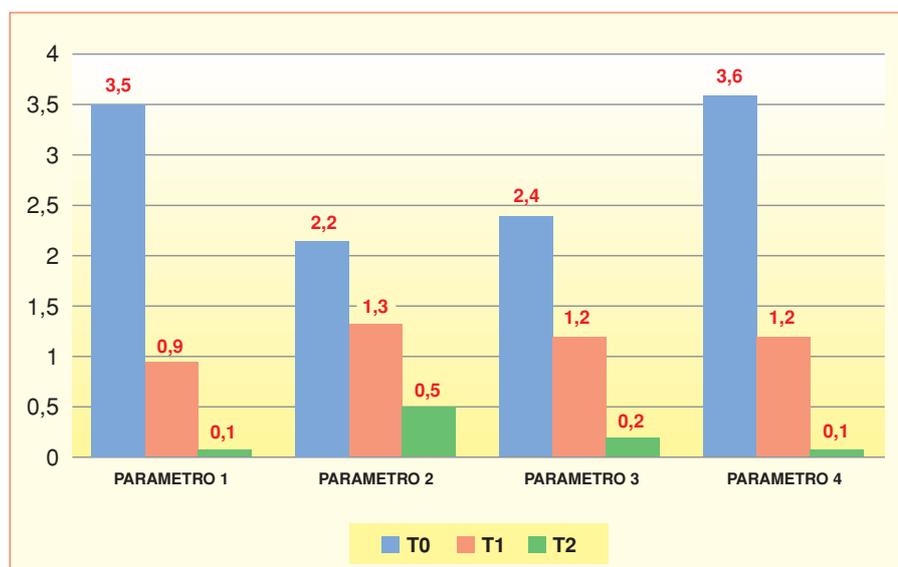
Il periodo di valutazione dei 2 Gruppi è stato di **12 settimane**, articolato in 12 sedute a cadenza settimanale.

Le valutazioni sono state effettuate in 3 tempi: inizio protocollo terapeutico (**T0**), a 6 settimane (**T1**) e a 12 settimane (**T2**); sono stati riportati i parametri rife-

TAB. 3

Valori dei 4 parametri clinici considerati nel Gruppo controllo (da 11 a 20) a T0, T1 e T2.

	PARAMETRO 1 SANGUINAMENTO GENGIVALE	PARAMETRO 2 MOBILITÀ DENTALE	PARAMETRO 3 PROFONDITÀ TASCHE PARODONTALI	PARAMETRO 4 SENSIBILITÀ PERCEPITA DAL PAZIENTE
11	T0 - 2 T1 - 2 T2 - 1	T0 - 4 T1 - 4 T2 - 2	T0 - 3 T1 - 3 T2 - 2	T0 - 4 T1 - 3 T2 - 2
12	T0 - 3 T1 - 2 T2 - 0	T0 - 2 T1 - 2 T2 - 1	T0 - 2 T1 - 2 T2 - 1	T0 - 2 T1 - 1 T2 - 0
13	T0 - 2 T1 - 2 T2 - 0	T0 - 3 T1 - 3 T2 - 2	T0 - 3 T1 - 3 T2 - 2	T0 - 3 T1 - 1 T2 - 0
14	T0 - 1 T1 - 0 T2 - 0	T0 - 2 T1 - 1 T2 - 1	T0 - 2 T1 - 1 T2 - 1	T0 - 5 T1 - 3 T2 - 1
15	T0 - 4 T1 - 1 T2 - 0	T0 - 3 T1 - 3 T2 - 2	T0 - 3 T1 - 3 T2 - 2	T0 - 5 T1 - 2 T2 - 0
16	T0 - 3 T1 - 1 T2 - 0	T0 - 2 T1 - 1 T2 - 1	T0 - 2 T1 - 1 T2 - 1	T0 - 4 T1 - 2 T2 - 0
17	T0 - 3 T1 - 2 T2 - 1	T0 - 3 T1 - 3 T2 - 2	T0 - 4 T1 - 3 T2 - 2	T0 - 4 T1 - 2 T2 - 1
18	T0 - 2 T1 - 1 T2 - 0	T0 - 2 T1 - 2 T2 - 1	T0 - 2 T1 - 2 T2 - 1	T0 - 5 T1 - 1 T2 - 0
19	T0 - 4 T1 - 2 T2 - 0	T0 - 2 T1 - 2 T2 - 1	T0 - 3 T1 - 3 T2 - 2	T0 - 2 T1 - 1 T2 - 0
20	T0 - 3 T1 - 1 T2 - 0	T0 - 3 T1 - 2 T2 - 2	T0 - 3 T1 - 2 T2 - 2	T0 - 4 T1 - 1 T2 - 0



TAB. 4

Gruppo di studio a T0, T1 e T2. Valori medi dei parametri considerati.

riti allo stato della MP (sanguinamento gengivale, mobilità dentale, profondità delle tasche parodontali, sensibilità percepita dal paziente).

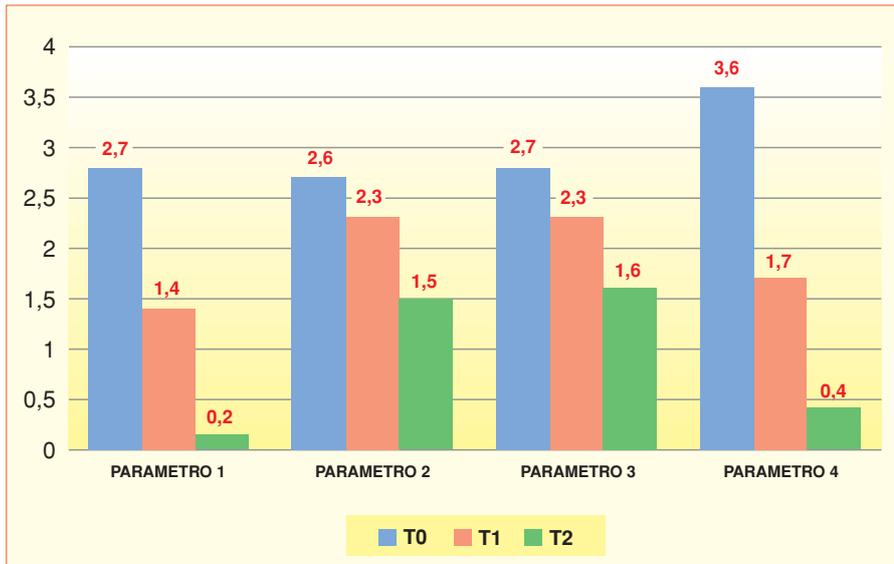
Sono stati – inoltre – definiti i criteri per formulare la diagnosi, esprimendone i valori su una scala da 0 a 5 (TAB. 2.3).

DISCUSSIONE

Al termine del periodo di osservazione (T2) tutti i pazienti dei 2 Gruppi hanno evidenziato miglioramenti.

I risultati migliori, in termini di variazione dei parametri clinici considerati, sono stati ottenuti nei pazienti del Gruppo di studio, nei quali la terapia odontoiatrica è stata associata al controllo della disbiosi intestinale mediante la Nutraceutica Fisiologica di Regolazione (TAB. 4.5).

– Le differenze tra i 2 Gruppi al termine delle 12 settimane di trattamento (T2) risultano più evidenti nei valori finali medi in tutti i 4 parametri di riferimento, ovvero: sanguinamento gengivale (0,1 vs 0,2), numero di denti mobili (0,5 vs 1,5), numero di denti con tasche parodontali (0,2 vs 1,6) e sensibilità dentale (0,1 vs 0,4) (TAB. 6).



TAB. 5

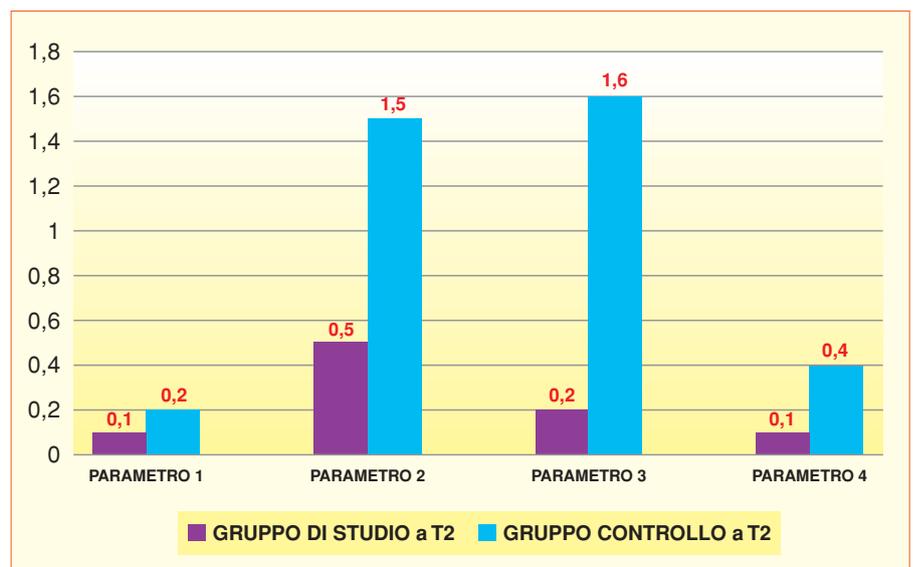
Gruppo controllo a T0, T1 e T2. Valori medi dei parametri considerati.

– Tutti i pazienti del Gruppo di studio a T2 non evidenziavano più sanguinamento, ad indicare l'avvenuta guarigione; il Tessuto connettivo della gengiva si è riorganizzato per formare una zona di attacco epiteliale lungo, con conseguente scomparsa della tasca.

– Relativamente alla mobilità dentale, che nei pazienti del Gruppo di studio riguardava mediamente da 3 a 7 denti a T0, si è ridotta a T2 ad una mobilità che coinvolgeva da 0 a 1-2 denti.

– Per ciò che riguarda il numero dei denti con tasche parodontali il valore medio a T0 nel Gruppo di studio era di 2,4 e di 0,2 a T2, mentre nel Gruppo controllo il valore di riferimento era di 2,7 a T0 e di 1,6 a T2 con un **decremento** della sintomatologia di **1,1** a fronte di **2,2** nei pazienti del Gruppo di studio.

L'azione combinata di Enterosogel®, ad azione selettiva sulla microflora (adsorbe quella patogena, ma non interferisce con quella simbiotica), di Colostroni, che svolge azione protettiva su tutto il Tratto gastrointestinale, e di Proflora, la cui funzione è il ripristino dell'equilibrio dell'ecosistema intestinale e la proliferazione della fisiologica composizione batterica intestinale, unitamen-



TAB. 6

Confronto tra i valori medi dei Gruppi studio e controllo a T2.

te all'azione odontoiatrica meccanica di rimozione della placca e del tartaro con strumenti ad ultrasuoni e laser, ha avuto come esito il ripristino di uno stato di salute orale ottimale (FIGG. 1a,1b).

L'effetto terapeutico si evidenzia con l'accelerazione dei processi rigenerativi tissutali, scomparsa del sanguinamento, del dolore e della sensibilità, riduzione del numero di elementi dentari con tasche parodontali e riduzione della profondità di queste ultime.

La tollerabilità del protocollo terapeutico combinato è ottimale, in quanto evidenzia la totale assenza di effetti collaterali e secondari.

CONCLUSIONI

La terapia odontoiatrica convenzionale causale elimina la carica batterica della placca e/o del tartaro presente sulla superficie del dente e nelle tasche parodontali e prepara i Tessuti gengivali al riattacco epiteliale.

FIG. 1a

Paziente Gruppo di studio ad inizio terapia (T0).



FIG. 1b

Stesso paziente a fine terapia (T2).

La Nutraceutica Fisiologica di Regolazione opera riducendo l'Infiammazione Sistemica di Basso Grado, responsabile del mantenimento dello stato infiammatorio dei Tessuti gengivali, migliorando la risposta endogena sistemica per mezzo del riequilibrio del microbiota intestinale ed eliminando i fattori determinanti concausali attraverso il riequilibrio della flora intestinale.

Poiché la mucosa della cavità orale e quella intestinale sono in stretto rapporto (entrambe sono parte del MALT ed embriologicamente derivanti dallo stesso foglietto embrionale) appare conseguente che la terapia di ripristino dell'eubiosi intestinale sia fondamentale nella terapia della MP (2, 4, 14, 15, 16, 17, 18).

– Dai risultati ottenuti è possibile concludere che i due approcci terapeutici contribuiscano al miglioramento della salute locale e sistemica (8, 10, 11, 12, 13) e che la strategia terapeutica adottata nel Gruppo di studio è risultata efficace nel ripristino della funzione intestinale proprio in virtù dell'attenzione "complessiva" alla patologia, mirata ai fattori causali e non solo ai sintomi.

– Questo... è il vero punto di forza delle Medicine non Convenzionali. ■

Bibliografia

- Lang N., Lindhe J. – Parodontologia clinica e implantologia orale. Ed. Edi-Emes; **2016**.
- Sadler T.W. – Embriologia medica di Langman. Ed. Edra; **2016**.
- AA.VV. – Robbins & Cotran. Le basi patologiche delle malattie. Elsevier-Masson; **2010**.
- Perugini F. – Il Sistema Immunitario associato alle mucose (MALT) e la Medicina Biologica. La Med. Biol., **1996/4**; 27-31.
- Farrell J.J., Zhang L., Zhou H., Chia D., Elashoff D., Akin D. – Variations of oral microbiota are associated with pancreatic diseases including pancreatic cancer. Gut. **2012 Apr**;61(4):582-8.
- Scher J.U., Ubeda C., Equinda M., Khanin R. – Periodontal disease and the oral microbiota in new-onset rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. **2012 Oct**; 64(10).
- Milani L. – Dall'infiammazione cronica *low-grade* all'infiammazione acuta. La cronobiologia del processo infiammatorio. La Med. Biol., **2014/4**; 3-15.
- Del Prete M., Lozzi A. – *Low Dose Medicine* e infiammazione. Palermo, Nuova Ipsa Ed.; **2018**.
- Biffi E. – Dalla disbiosi alla *Low Grade Chronic Inflammation*. La Med. Biol., **2014/4**; 77-83.
- AA.VV. – Fondamenti di metodologia terapeutica omotossicologica. Guna Ed., Milano; **2006**.
- Mazza C. – I sei pilastri della salute. Nuova Ipsa Ed., Palermo; **2015**.
- Reckeweg H.-H. – Omotossicologia, biologia molecolare e farmacodinamica dei farmaci antiomotossici. La Med. Biol., **1983/1**; 9-26.
- Biffi E. – Possibili meccanismi immunologici d'azione dei bioterapici omotossicologici. La Med. Biol., **2008/3**; 35-40.

- Sanseverino E., Castellacci P. – Fisiopatologia del Tessuto connettivo. La Med. Biol., **1996/3**; 8-10.
- Franco F. – Omotossicologia e sostanza fondamentale. La Med. Biol., **2005/4**; 7-19.
- Del Prete M. – Il gelo del sol. La Med. Biol., **2017/3**; 39-47.
- Milani L. – Terapia dell'invecchiamento della matrice: la ricarica dell'orologio biologico. La Med. Biol., **2004/3**; 17-25.
- Benedetti B. – La malattia parodontale. Una manifestazione clinica dell'Infiammazione Cronica Sistemica di Basso Grado. La Med. Biol., **2019/2**; 39-46.

N.d.R.

Le voci bibliografiche **4, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17 e 18** sono consultabili in www.medibio.it → **La Medicina Biologica**.

Riferimento bibliografico

D'ANDREA G. – La malattia parodontale.
– Importanza del ripristino dell'eubiosi intestinale.
La Med. Biol., **2020/2**; 27-32.

autore

Dott.ssa Ginevra D'Andrea
– Specialista in Odontoiatria
Via Maddalena, 42
I – 98123 Messina