

IPPOCRATE & DINTORNI

APPROFONDIMENTO MEDICO

GRUPPO MEDICO
D'ARCHIVIO

Nr. 2 - Gennaio 2015

Ortodonzia del piccolo paziente

Come, quando e perchè

Dott.ssa Daniela Di Giandomenico

La Sindrome
delle gambe
senza riposo

Dott. G. Di Giovanni

Ceramica integrale
e...
CEREC

Dott. E. D'Archivio

Le Ipermelanosi
cutanee

Dott.ssa A. Piccioni

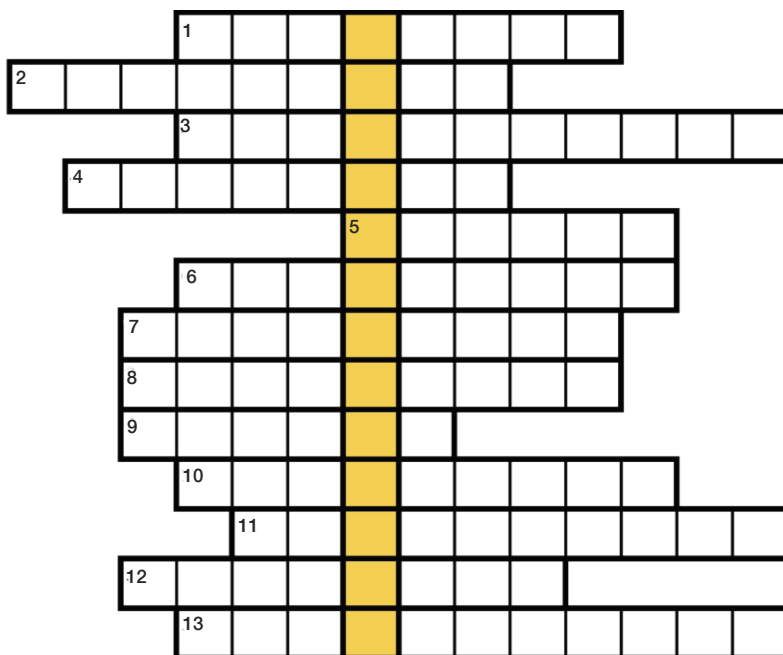


Le PILLOLE di ALLEGRIA



Illustrazioni
e testi
**Beatrice
Corcelli**

PAROLE CROCIATE



1. Salva dalle fiamme
2. Nessuno più di lui ha i prosciutti davanti agli occhi
3. Coccola le piante
4. Porta pesi al posto tuo
5. Redige testamenti
6. Lo si dice di chirurgo piuttosto maldestro
7. Secondo il famoso detto ... va con le scarpe rotte
8. Lo era San Giuseppe
9. Obbedisce sempre al "CIAK, SI GIRA"
10. Noi non capiamo un tubo... ma lui si
11. Basta suonare il campanello... e accorre subito al letto del paziente
12. PRORASO... lo è a domicilio!
13. Protagonista indiscusso di numerose barzellette



Dott. **Claudio D'Archivio**

Specializzazione in Radiodiagnostica e Scienza delle immagini

Ciao Diretto'!

nella notte più chiassosa dell'anno, quella in cui brindisi e fuochi d'artificio davano il benvenuto al 2015, una realtà ultraterrena dava il benvenuto al caro Franco Giansante. Nel sonno, nella sua casa di Pescara, il suo ultimo respiro. Nonostante siano passati già alcuni giorni, crederci non è ancora possibile, così come non lo è abituarsi alla sua assenza e rinunciare alle chiacchierate insieme, ai suoi consigli e alle decisioni più importanti.

Noi ci siamo conosciuti circa dieci anni fa; quando io ero collaboratore dello Studio Radiologico Colalè di Lanciano, presso cui lui rivestiva il ruolo di Direttore Responsabile. Erano i tempi in cui, dell'attuale Gruppo Medico D'Archivio, esisteva solo il piccolo Studio Radiologico di Via Mamiani in Giulianova.

E l'idea di trasformare quest'ultimo in una struttura più ampia e fornita di una vasta dotazione di diagnostiche nacque proprio da un incontro con lui, dettata da una necessità di natura burocratica e dalla mia voglia di crescita professionale.

Il nostro rapporto è andato poi via via intensificandosi, fino a raggiungere le connotazioni dell'amicizia; certo, perché per me Franco non era solo un consulente tecnico-sanitario, per altro altamente qualificato ed affermato nel territorio regionale ed oltre i confini, ma un amico sincero e sempre presente, a volte duro, spigoloso ed irremovibile sulle proprie idee ma anche e soprattutto moralmente ed intellettualmente onesto.

Un uomo dalla radicata ideologia socialista, eletto nel 2011 responsabile della gestione della federazione di Pescara del PSI.

"Caro Franco, un saluto avrei preferito rivolgertelo de visu, magari con una pacca sulla spalla, apostrofandoti "Diretto", com'eravamo soliti nei passati tempi migliori. Invece davanti a me un foglio A4 e nella mano una bic. Spero che questo mio saluto possa raggiungerti ovunque tu sia.

CIAO FRANCO E GRAZIE DI CUORE PER TUTTO!"

In questo numero

Direttore Responsabile

Dott. Claudio D'Archivio

Direttore Editoriale

Alessandra Meschieri

marketing@gruppomedicodarchivio.it

Amministrazione

Via G. Galilei, 59

Giulianova Lido - TE

Progetto grafico e impaginazione

Claudia D'Ascanio

Illustrazioni

Beatrice Corcelli

Stampa

Tipolitografia LA RAPIDA

Hanno collaborato:

Martina Palandrani

Serena Volpe

Bianca Garofalo

Dott. Gino Consorti

Dott. Guido Di Giovanni

Dott.ssa Daniela Di Giandomenico

Dott.ssa Antonella Piccioni

Dott. Elio D'Archivio

IPPOCRATE & DINTORNI

APPROFONDIMENTO MEDICO

Rubriche

2 Le pillole di allegria

B. Corcelli

4 In fuga dal...

Dott. G. Consorti

5 Plastica

M. Palandrani

15 Storia della Radiologia

Dermatologia

6 Le ipermelanosi ...

Dott.ssa A. Piccioni

Odontoiatria

8 Orotodonzia del ...

Dott.ssa D. Di Giandomenico

Neurologia

10 La Sindrome delle ...

Dott. G. Di Giovanni

Odontoiatria

14 Ceramica integrale...

Dott. E.D'Archivio



Dott. **Gino CONSORTI**
Giornalista Professionista



In fuga dal futuro semplice...

Un antico proverbio popolare recita che L'Epifania tutte le feste le porta via... Sicuramente, però, la sentita festività cristiana del 6 gennaio, che ricorda la visita dei re Magi a Gesù Bambino, non c'entra nulla con la "fuga" di tanti nostri connazionali. Precisamente 82 mila, quelli che nell'anno 2013 hanno salutato l'Italia per vivere e lavorare all'estero. I dati - decisamente preoccupanti - arrivano dall'Istat e rappresentano il numero più alto degli ultimi 10 anni, in crescita del 20,7% rispetto al 2012. In pratica il popolo italico è tornato a emigrare. Le vecchie valigie di cartone, simboli dei secoli XIX e XX, i più interessati da questo fenomeno, hanno dunque lasciato il posto ad altrettanti trolley, molto più comodi e resistenti. E come allora anche questa volta lo spirito d'avventura non c'entra nulla. Si lascia l'amato paese in cerca di lavoro e qualità di vita. Con quale destinazione? Soprattutto gli altri paesi dell'Occidente europeo, a cominciare dal Regno Unito (13 mila emigrati), Germania (11 mila), Svizzera (10 mila), Francia (8 mila). Anche la lontana America è vista come ancora di salvezza con ben oltre 5 mila emigrati. La carta di identità dei nuovi emigrati? In particolare sono persone tra i 20 e i 45 anni, più uomini (57,6%) che donne, e tra questi ci sono ben 13 mila laureati.

Fin qui l'Istat. Ma visto che non vogliamo farci mancare niente diamo una sbirciatina pure all'ultima relazione fornita dal Cnel (Consiglio nazionale dell'economia e del lavoro) al Parlamento in merito ai servizi delle pubbliche amministrazioni. Il nostro amato "Stivale" è l'unico paese dell'Unione Europea al di sopra sia della pressione tributaria media, sia del numero medio di ore richieste per gli adempimenti fiscali. In parole povere

siamo in fondo alla classifica mondiale per l'alto prelievo fiscale e il maggior numero di ore necessario per pagare. Inoltre, tanto per farci altro male..., risultiamo quartultimi tra i paesi Ocse per quanto riguarda la capacità del sistema di far rispettare le regole con equità. Dopo di noi ci sono solo la Grecia, la Turchia e il Messico...

Ma non è finita qui. Se siamo così masochisti, infatti, possiamo gettare un'occhiata furtiva anche ai dati che si riferiscono ai tempi della nostra giustizia civile. Evviva, questa volta abbiamo conquistato il terzo gradino del podio! Peccato, però, si tratti di un podio rovesciato... Siamo infatti terz'ultimi, dietro di noi ci sono solamente la Turchia e il Messico. Questa volta anche la Grecia ci fa marameo... L'indice calcolato nell'ambito di questa approfondita e affidabile ricerca misura la capacità del sistema di consentire ai cittadini di risolvere le controversie in modo accessibile, efficiente ed effettivo, imparziale e indipendente, in assenza di discriminazioni e pratiche corruttive.

A questo punto la giornata, e non solo quella, è già rovinata, di conseguenza credo di non suscitare ulteriori apprensioni se cito l'ultima edizione della

classifica di Transparency International sulla corruzione percepita, che appunto colloca l'Italia al primo posto in Europa... A proposito, dopo l'annuncio della candidatura di Roma alle Olimpiadi del 2024 (chi vivrà vedrà...) si è già registrato un primo effetto economico positivo. Sono infatti schizzate le vendite di spumante,

prosecco e champagne. Calici in alto da parte delle organizzazioni mafiose e di malaffare, di corrotti e corruttori per brindare a un business assicurato e soprattutto con molti zeri...

**Si lascia l'amato paese
in cerca di lavoro e
qualità di vita.
Con quale
destinazione? ..**

Con un quadro del genere, dunque, come non pensare a una fuga? Magari proprio in questo periodo dell'anno scegliendo qualche località calda e accogliente dell'emisfero australe. A quanti decidessero di farlo, però, è indispensabile una raccomandazione: tenetevi a debita distanza da televisori e internet. Anche lì, infatti, con la complicità di qualche satellite birichino potreste imbattervi nell'uomo del futuro. No, non sto parlando di una stupefacente creatura figlia dell'evoluzione robotica; tantomeno di un superuomo zeppo di proprietà e virtù in grado di garantire un porto sicuro al nostro paese

in tempesta... No, niente di tutto questo. Più modestamente mi riferivo a un uomo che, mai come nessun altro nella storia della nostra Repubblica, s'identifica nel futuro. Precisamente nel futuro semplice dei verbi italiani... Rottamerò, approverò, costruirò, rimborserò, elargirò, sconfiggerò, troverò, aumenterò, creerò, ridurrò, amplierò, vincerò, avvanzerò, riaprirò, riformerò, analizzerò, occuperò, lavorerò, aggiusterò, abolirò, ascolterò, tramuterò, doterò, proietterò, organizzerò, messengerò, twitterò...
Un passato prossimo no...?

Plastica

di **Martina Palandrani**

L'aria pungente
di mattino d'inverno
la bomboniera di un divorzio
il bacio della mamma sulla fronte
lo zainetto sulle spalle
la colazione pronta
schiume di miceli maleodoranti
mollumi di molliche minestre
mele sapone e spremute
la brina ancora invecchia
il prato della scuola
il tempo la bidella
fazzoletti imbevuti di starnuti
stracci di lenzuoli lisi
il grembiolino a scacchi
e il colletto bianco
alle finestre i disegni natalizi
in strada il ritratto di oggi.



Martina PALANDRANI

Direttore Amministrativo
del Centro Diagnostico D'Archivio

Risonanza Magnetica Total Body Aperta



**Centro Diagnostico
D'Archivio**
ARCHE srl

Presso il
**CENTRO DIAGNOSTICO
D'ARCHIVIO**

è possibile effettuare esami di
**RISONANZA MAGNETICA
TOTAL BODY APERTA**
abbattendo i consueti
tempi di attesa

Per info e prenotazioni
**CENTRO DIAGNOSTICO
D'ARCHIVIO**

Via Galileo Galilei, 59
GIULIANOVA LIDO (TE)



Tel. 085 800 82 15

- Encefalo e Tronco Encefalico
- Massiccio Facciale
- ATM
- Orbite
- Collo
- Tiroide
- Colangio RM
- Colonna Vertebrale
- Articolari e Muscolari
- Reni
- Pelvi
- Ovaie
- Utero
- Bacino
- Circolo Intracranico

AUT. D. C. A. N° 10/2013 DEL 13/02/2013



DIOMIRA

AMBULATORIO MEDICO Specialistico

Il **Centro Diagnostico D'Archivio**, offre, presso i locali di **DIOMIRA**, visite ambulatoriali specialistiche nei seguenti campi:

ANDROLOGIA
CARDIOLOGIA
CHIRURGIA TORACICA
CHIRURGIA VASCOLARE
DERMATOLOGIA
ENDOCRINOLOGIA
MEDICINA ESTETICA
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
NEUROCHIRURGIA
NEUROLOGIA
NUTRIZIONE
OMEOPATIA
ORTOPEDIA
OSTEOPATIA
OTORINOLARINGOIATRIA
SENOLOGIA
UROLOGIA



DIOMIRA - Ambulatorio Medico Specialistico

Via Mamiani, 7 - Giulianova Lido (Te)
Tel. 085 8005036 Fax 085 8027606
info@diomiramedicina.it
www.gruppomedicodarchivio.it

Le ipermelanosi cutanee

Le discromie o ipermelanosi indicano una modificazione circoscritta o diffusa del normale colore della cute. Il colore della cute dipende soprattutto da un pigmento chiamato melanina, alla modificazione del colore cutaneo possono contribuire altre due sostanze quali l'emoglobina e pigmenti che si accumulano nell'epidermide e nel tessuto sottocutaneo come i carotenoidi. Nella maggior parte dei casi è però solo la melanina a giocare un ruolo decisivo e per convenzione vengono suddivise in due grandi gruppi:

- Ipermelanosi o ipercromie caratterizzate da un incremento della melanina nella cute;
- Ipomelanosi con riduzione o assenza del pigmento dalla cute che appare più chiara rispetto alla cute normale.

Le ipermelanosi sono di norma localizzate in specifiche zone cutanee o diffuse e possono essere dovute sia ad un aumento della melanina prodotta (pigmento scuro prodotto dai melanociti) con normale numero dei melanociti. Le cause delle ipermelanosi possono essere sia di natura genetica che ambientale. I fattori scatenanti più frequenti sono l'esposizione ai raggi ultravioletti (sia solari, sia da sorgenti artificiali); l'assunzione di farmaci foto sensibilizzanti o fototossici; l'applicazione di cosmetici, profumi o cerette che generano in soggetti predisposti una iperpigmentazione post-infiammatoria; fattori ormonali (estrogeni e progesterone) o disfunzione di natura metabolica. Le ipermelanosi più comuni sono localizzate al volto ma possono localizzarsi anche in altre parti corporee quali arti superiori e prendono il nome di lentigo senili, ossia macchie color bruno, di forma rotondeggiante che compaiono dopo i 40 anni legati ad una foto esposizione cronica. Le altre macchie che principalmente si localizzano sul volto sono le lentiggini, piccole macule bruno giallastre o nerastre (più scure rispetto alle efelidi) non indotte dalle radia-



Dottorssa
Antonella PICCIONI

Specialista in
Dermatologia
e Venereologia

zioni UV e il melasma, che si presenta, invece, come una macchia non perfettamente simmetrica che interessa solitamente la regione centro facciale (labbro superiore, zigomi, fronte). La complessità delle cause delle ipermelanosi implica la necessità di eseguire una corretta diagnosi in quanto solo determinando la causa specifica si può intraprendere la cura più adeguata ed efficace. Fondamentale è la visita dermatologica: lo specialista, dopo un attento esame clinico delle lesioni, dovrà individuare la profondità della disposizione del pigmento, in quanto ciò costituisce la base per impostare una terapia adeguata. Discriminante è l'ausilio di una lampada di Wood (sorgente ad onde ultraviolette lunghe) che permette di valutare la localizzazione dell'accumulo di pigmento. Generalmente le macchie marroni o nere presentano tale accumulo più superficialmente, cioè a livello dell'epidermide, mentre le macchie grigio bluastrastre sono dovute ad una disposizione più profonda del pigmento che arriva fino al derma. Maggiore è la profondità del pigmento, tanto più sarà difficoltosa l'eliminazione della macchia. Il trattamento delle macchie cutanee è assolutamente legato all'adozione di misure preventive atte ad evitarne la comparsa o la loro accentuazione. Oggi abbiamo diverse soluzioni per schiarire le macchie. La terapia topica con creme a base di sostanze depigmentanti costituisce un trattamento efficace, in grado di garantire un buon risultato. Il peeling chimico invece è un trattamento che consiste nell'applicazione di una o più sostanze chimiche che progressivamente schiariscono la lesione attraverso una esfoliazione più o meno marcata degli strati superficiali della cute con stimolazione anche della componente dermica e un miglioramento generale della texture della cute. La laser terapia risulta essere più selettiva e specifica, il cui unico bersaglio è il pigmento melaninico. È un trattamento indicato in tutte le ipermelanosi epidermiche con minor rischio per l'insorgenza di eventuali esiti post-trattamento. La luce pulsata, infine, è una nuova tecnologia molto selettiva, che si differenzia dalla luce laser poiché si tratta di una luce non coerente con lunghezza d'onda

**Le cause delle
IPERMELANOSI
possono essere sia di
NATURA GENETICA
che AMBIENTALE**

variabili tra 515 a 1200 nm, quindi perfettamente adattabile al bersaglio. Sia per la laser terapia che con la luce pulsata bisogna effettuare più sedute a distanza di minimo 30-40 giorni.

Tutti coloro che soffrono di ipermelanosi possono certamente adottare delle precauzioni per tentare di arginare questo problema di natura prettamente estetica. L'uso costante di creme con filtri solari risulta essere indispensabile per prevenire l'insorgenza e/o ridurne la comparsa. È molto utile anche effettuare una terapia orale di sostegno e di blocco delle tirosinasi che partecipano alla produzione di melanina e che possono essere utili nell'incrementare la tol-

leranza al sole e nel ridurre il rischio di eritema solare, limitando in generale l'azione nociva del sole e proteggendo la cute grazie all'effetto immunoprotettore. Infine, si rivela molto utile l'applicazione costante di prodotti ad uso topico con effetto schiarente che contengono idrochinone, acido retinoico, acido cogico ed altre sostanze che possono essere prescritte dallo specialista in base all'indicazione specifica.

Ortodonzia del piccolo paziente: perchè, come e quando?



Dottorssa

Daniela Di Giandomenico

Laureata in Odontoiatria e
Protesi dentaria,
Specialista in Ortodonzia,
Professore a contratto
c/o il Master di Ortodonzia
dell'Università de L'Aquila

Il trattamento ortodontico precoce dei piccoli pazienti è strettamente legato e non può prescindere dal concetto più generale di prevenzione odontoiatrica del paziente in crescita ed, in particolare, dal concetto di prevenzione dal punto di vista ortodontico. Per ortodonzia "precoce" o "intercettiva" si intende una terapia eseguita prima del tempo con finalità di prevenzione poiché essa ha lo scopo di intercettare e risolvere i fattori che peggiorano una cattiva occlusione dei denti o una cattiva armonia delle ossa dello scheletro facciale in fase iniziale per evitare un eventuale aggravamento.

PERCHÈ. In realtà l'ortodonzia moderna non può prescindere dal concetto di crescita: oggi, infatti, la figura dell'ortodontista è profondamente cambiata poiché egli non si limita più, come si faceva 20 anni fa, ad inserire semplicemente degli apparecchi in bocca ai piccoli pazienti, ma è coinvolto, in collaborazione con il pediatra, anche nello studio della crescita e dello sviluppo del piccolo paziente, ed, in particolare, nell'analisi e controllo della crescita cranio-facciale. Tuttavia non bisogna confondere la crescita cranio-facciale con quella staturale poiché sono due concetti diversi e totalmente distaccati: infatti un paziente che ha terminato la sua crescita in altezza ed è magari alto due metri, non è detto che abbia finito di crescere anche a livello delle ossa della mascella e della mandibola, e viceversa. Inoltre qual è la differenza tra un bambino di 3 anni ed un ragazzo di 15 anni? La differenza sta in una sola, piccola parola... la crescita! Per l'ortodontista la parola "crescita" è molto importante poiché essa assume un ruolo fondamentale e fa una grande differenza nella scelta di ogni singola terapia e rappresenta sicuramente la sua corrente/linfa vitale poiché fa decidere per un trattamento piuttosto che per un altro. Inoltre le malocclusioni, essendo delle disarmonie di origine multi-

fattoriale (a componente sia genetica che ambientale) di carattere evolutivo e ingravescente (iniziano in una forma semplice ed evolvono in una forma complessa), è difficile che una malocclusione in tenera età possa migliorare in età adulta ed, anzi, è quasi sempre il contrario! Purtroppo molto spesso la crescita non ci aiuta e gioca a nostro sfavore. Se, ad esempio, siamo in presenza di un bambino con la parte inferiore del viso (la mandibola) molto più grande ed in avanti rispetto alla parte superiore della faccia (la mascella), che conferisce quell'aspetto duro del viso, oppure con una asimmetria facciale come, ad esempio, il mento spostato tutto da un lato ("mentone alla Totò"), trattare questi piccoli pazienti quando sono grandi, a fine crescita, sarebbe una follia poiché la crescita è finita ed il loro osso sarebbe uguale ad una corteccia di un albero, talmente duro da essere immodificabile. Esiste quindi l'ortodonzia del paziente in crescita e l'ortodonzia del paziente adulto: la prima è completamente scissa e diversa dalla seconda poiché i trattamenti ortodontici sono del tutto differenti, come anche gli obiettivi e, di conseguenza, i risultati ottenibili. Inoltre le terapie precoci rappresentano sicuramente una forma di prevenzione poiché, anche nel caso in cui non risolvessero del tutto il problema, migliorerebbero senz'altro la condizione iniziale e, in ogni caso, eviterebbero l'instaurarsi di un peggioramento futuro della malocclusione rispetto a quella già presente in tenera età nei nostri pazienti.

COME. Le principali e più comuni problematiche riscontrate nel paziente in crescita si dividono a seconda che si guardi il paziente di fronte (ad es. palato stretto), oppure di lato cioè di profilo (ad es. mandibola troppo grande ed in avanti rispetto alla mascella), oppure osservando l'altezza del viso del paziente (ad es. facce troppo lunghe o troppo corte) ed, infine, soggetti con abitudini viziate (ad es. succhiamento del pollice o del ciuccio per lungo tempo). Oggi il trattamento precoce può essere in alcuni casi la modalità terapeutica migliore e più efficiente in molte malocclusioni poiché esistono vari tipi di trattamento e diversi dispositivi a seconda del tipo di problematica riscontrata nei tre piani dello spazio. L'ortodontista, oggi, come fa a far crescere dritte ed in armonia le

ossa del viso del piccolo paziente? Attualmente abbiamo a disposizione diversi mezzi per studiare la crescita come, ad esempio, attraverso lo studio delle vertebre del collo e non solo! Egli è in grado anche di modificare e direzionare la quantità di crescita cranio-facciale attraverso l'uso di determinati apparecchi, chiamati apparecchi ortopedico-funzionali. Tuttavia i risultati si vedono solo se, facendo una diagnosi accurata degli aspetti estetici, funzionali e della posizione delle ossa facciali del soggetto in crescita, la nostra terapia ortodontica risulta essere appropriata, semplice, efficace ed efficiente e ciò è possibile unicamente utilizzando l'apparecchio corretto, al momento giusto e per un periodo di tempo breve. Quali sono i reali benefici e vantaggi del trattamento ortodontico precoce per il piccolo paziente? Con il trattamento precoce si gestiscono ed uti-

Noi dobbiamo immaginare il nostro piccolo paziente come una piantina che, se nasce storta, può essere "raddrizzata" poiché ha una corteccia giovane e, quindi, più morbida e malleabile; ma se questa stessa piantina continuerà a crescere storta, alla fine diventerà un albero con una corteccia così dura che non si può più modificare.

lizzano il più possibile solo i denti da latte e di conseguenza si previene qualsiasi possibile danno a carico dei denti permanenti; attraverso la terapia precoce si determina un movimento e una correzione spontanea dei denti permanenti senza che essi siano toccati minimamente; con questa prima fase di trattamento, l'eventuale successiva seconda fase di rifinitura del risultato ottenuto, con

un'apparecchiatura tradizionale di tipo fisso, risulterà più semplice e di breve durata poiché rimane da correggere, attraverso un semplice allineamento, solo la posizione dei denti; è una terapia sicura nell'ottenere i risultati desiderati senza il rischio di eseguire trattamenti inutili; si ha una positiva e fisiologica modulazione dello sviluppo dei denti e delle ossa della bocca durante il processo di sviluppo e crescita; vi è una maggiore efficienza: anche se il periodo totale di osservazione del paziente in crescita è lungo, in realtà le terapie sono di breve durata, come conseguenza di una corretta scelta del momento di inizio del trattamento stesso; sono anche piuttosto ridotti i tempi delle visite e dei controlli sulla poltrona dello studio odontoiatrico; la collaborazione richiesta ai piccoli pazienti è minima o assente; infine, le terapie sono semplici, poco costose e si utilizzano, se possibile, mezzi e/o apparecchi molto semplici e poco ingombranti.

QUANDO. La domanda più frequente che i genitori rivolgono allo specialista in ortodonzia è: "a che età bisogna portare mio figlio ad una prima visita ortodontica?". Perso-

nalmente a questa domanda rispondo sempre che l'intercettazione e la prevenzione di alcuni tipi di malocclusioni prima si fa e meglio è e che, quindi, una prima visita ortodontica è opportuno eseguirla sin dall'età di 3 anni circa. È interessante iniziare a monitorare i bambini sin da tale tenera età (in America iniziano addirittura ad 1 anno di vita), quando si presume che essi abbiano in bocca tutti i denti da latte, poiché l'ortodontista è in grado di capire già da quel momento se ci sarà bisogno o meno di controllare nel tempo quel paziente per il rischio di sviluppo di una ipotetica futura malocclusione, al fine di decidere poi quando sarà l'epoca più giusta per poter intervenire e fare prevenzione della stessa. Quindi non è assolutamente vero che l'apparecchio si mette in bocca solo a partire dai 12 anni di età, quando tutta la dentatura permanente è completa, ma esistono alcune terapie che si possono iniziare solo all'età di 5-6 anni, altre unicamente a 9 anni, ed altre ancora a 12 anni e, di conseguenza, si sceglie quando iniziare il trattamento a seconda del tipo di problema che il paziente presenta. Ma attenzione! L'ortodonzia in età precoce non significa di certo intervenire necessariamente e mettere per forza un apparecchio in bocca a 3 anni! Vuol dire solamente che lo specialista in ortodonzia osservi il piccolo paziente, attraverso prime visite precoci, per fornire ai genitori dei consigli utili durante la sua crescita e sviluppo. Quindi portare il vostro bambino già al terzo anno di vita a fare una prima visita ortodontica specialistica non è affatto sbagliato

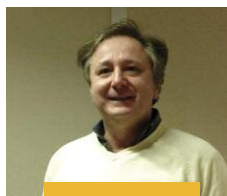
o una perdita di tempo, anzi! In conclusione, è senza alcun dubbio di fondamentale importanza fare prevenzione anche in campo ortodontico sui difetti di crescita delle ossa del viso e sui difetti di occlusione dentale! Il mio consiglio è quello di eseguire sempre una prima visita specialistica a partire dall'età di 3 anni e, successivamente, fare delle visite di controllo ogni 6 mesi. Inoltre per ogni piccolo paziente bisogna capire quale sia la terapia migliore ed ogni trattamento deve essere il più individuale possibile per quel particolare paziente. Non bisogna dimenticare che tutte le terapie ortodontiche fatte al tempo giusto, per un periodo di tempo breve e con i dispositivi adeguati, rendono la terapia stessa non solo più semplice e meno lunga, ma il risultato finale sarà più predicibile e stabile nel tempo.



Via Pannella, 3/A - TERAMO - Tel. 0861 220709
teramo@isolaodontoiatrica.it

Via S. Gabriele, 255/q
64045 Isola del Gran Sasso (Te)
Tel. 0861-975730
segreteria@isolaodontoiatrica.it

www.isolaodontoiatrica.it



La Sindrome delle gambe senza riposo

Dott. **Guido DI GIOVANNI**

Specialista in Neurologia - Esperto in Disturbi del Sonno (Associazione Italiana medicina del sonno)

Uno dei più frequenti disturbi del sonno riscontrati nella pratica clinica quotidiana è la sindrome delle gambe senza riposo (Restless legs syndrome, RLS).

Si tratta di una disestesia caratterizzata da sensazione fastidiosa di formicolio-dolore alle gambe - con bisogno irresistibile di muoverle e /o di sfregarle (urgenza) - che compare nel momento in cui il soggetto si sdraia a letto per riposarsi o dormire.

I movimenti degli arti inferiori, talora anche il risveglio con deambulazione, procurano sollievo; la sintomatologia, però, ricompare al ritorno a letto o quando i movimenti cessano.

La prima descrizione del disturbo fu ad opera di Sir Thomas Willis nel 1672 (Fig 1) ma rimase ignorato per molti anni fino alla eccellente monografia di Karl Axel Ekbon nel 1944.

Anche oggi, in realtà, la sintomatologia della RLS viene trascurata o attribuita ad altre condizioni cliniche.

Una definizione molto precisa ed accurata è stata fornita dalla International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) e contenuta nei relativi criteri clinici diagnostici (Tab. 1).

E' considerato un disturbo sensitivo-motorio neurologico; classificato come "disturbo del movimento del sonno" nella classificazione internazionale dei disturbi del sonno (ICSD-3) del 2014.

La **prevalenza** del disturbo nella popolazione adulta è compresa tra il 5% e 8,8% - usando i criteri diagnostici IRLSSG- e intorno al 2% nei bambini.

Le donne sono più affette: due volte più rispetto agli uomini. Con l'età, la prevalenza aumenta, almeno fino ai 60 anni per poi ridursi lentamente.

I pazienti cardiopatici presentano il doppio di incidenza di RLS rispetto ai non cardiopatici.

Nel 76% circa dei casi la RLS è idiopatica, vale a dire senza nessuna causa definita o familiare; nel 24% dei casi la sindrome si associa a condizioni cliniche individuabili come ad esempio anemia sideropenica, insufficienza renale, endocrinopatie, neuropatie periferiche, terapia con determinati farmaci quali neurolettici e antidepressivi.

Le forme familiari rappresentano dal 18,5% al 92% delle RLS idiopatiche; attualmente sono stati identificati 5 loci genetici.

Attualmente tale disturbo del sonno viene inquadrato come disturbo del sistema nervoso centrale anche se la **causa** nelle forma primarie non è stata ancora identificata. L'**ipotesi dopaminergica** si basa sul fatto che i sintomi migliorano con farmaci dopaminoagonisti e peggiorano con antidopaminergici; inoltre l'attività dopaminergica mostra fluttuazioni circadiane con il nadir di notte (comparsa dei sintomi nelle ore serali e di notte).

Nei paziente è stata dimostrata una riduzione dei livelli di Dopamina nel liquor, un ridotto numero di recettori dopaminergici nei nuclei della base dell'encefalo ma un incremento dell'attività dell'enzima tirosina-idrossilasi (necessario per la sintesi della Dopamina) nella substantia nigra del mesencefalo.

E' possibile che si verifichi una desensibilizzazione dei recettori dopaminergici e quindi una ridotta funzione del neurotrasmettitore.

Ulteriori studi hanno dimostrato che il ferro è un cofattore per l'enzima tirosina idrossilasi e la sua carenza potrebbe ridurre l'attività dopaminergica.

Secondo Clemens (Neurology, 2006) la RLS avrebbe alla base la perdita di cellule dopaminergiche nell'**ipotalamo dorsolaterale**. Tali cellule sono in grado di ridurre gli input eccitatori delle cellule serotoninergiche del midollo spinale; la loro ridotta attività incrementa la responsività sensitiva e motoria del midollo spinale.

Anche il **ferro** è stato preso in considerazione nella patogenesi della sindrome.

La riduzione del contenuto di ferro nella substantia nigra è stata dimostrata nelle autopsie, alla Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) e agli esami con ultrasuoni.

La distribuzione del contenuto di ferro nell'encefalo è differente nelle varie regioni; certe aree appaiono particolarmente sensibili alla ridotta disponibilità del metallo nel sangue, verosimilmente per incapacità di mantenere una riserva nei neuroni.

Così, la riduzione della ferritina sierica comporta una mancata disponibilità di ferro in alcune aree del sistema nervoso centrale.

Attualmente, infatti, a scopo terapeutico, si cerca di mantenere i livelli di ferritina (riserva periferica) al di sopra di 75µg/L.

Quando il ferro cerebrale è sperimentalmente ridotto nei modelli animali, si realizza un'iperattività del neurotrasmettitore **Glutammato**. Un incremento dell'attività glutamatergica è stato dimostrato nei paziente con RLS. Inoltre, farmaci in grado di ridurre l'attività glutamatergica si sono rivelati in grado di migliorare i sintomi sensitivi della RLS.

La diagnosi della RLS è clinica e prevede la presenza di particolari sintomi che rientrano nei criteri clinici della IRLSSG (Tab 1)

CRITERI DIAGNOSTICI ESSENZIALI (devono essere tutti presenti)	CARATTERI DEL DECORSO CLINICO
1) Urgenza di muovere le gambe generalmente, ma non sempre, accompagnata o sentita essere causata da sensazioni sgradevoli e fastidiose alle gambe	A) RLS cronica-persistente: i sintomi, quando non trattati, si verificano con una media di almeno due volte alla settimana nell'anno precedente
2) L'urgenza di muovere le gambe e ogni sintomo associato inizia o peggiora durante i periodi di riposo o inattività come all'addormentamento o seduti sul divano	B) RLS intermittente: i sintomi, quando non trattati, si verificano con una media di meno di due volte alla settimana nell'anno precedente con almeno 5 episodi nella vita.
3) L'urgenza di muovere le gambe e ogni sintomo associato è parzialmente o totalmente alleviato dal movimento come ad esempio camminare o stretching almeno finché l'attività continua	CARATTERI RELATIVI AL SIGNIFICATO CLINICO DELLA RLS.
4) L'urgenza di muovere le gambe e ogni sintomo associato, durante il riposo o l'inattività, si verifica o peggiora di sera o di notte piuttosto che durante il giorno	I sintomi causano problemi significativi o compromissione nell'attività sociale, lavorativa, scolastica a causa dell'impatto sul sonno, energia/vitalità, attività quotidiane, comportamento e umore.
5) Gli aspetti precedenti non rappresentano i sintomi di altri disturbi medici o comportamentali (es. Mialgia, stasi venosa, edema delle gambe, artrite, crampi delle gambe, posizione scomoda, abitudine di muovere i piedi all'addormentamento...)	

Tab. 1

I **criteri clinici chiave** sono, perciò, l'urgenza di muovere le gambe o braccia generalmente associata a sensazione di fastidio alle gambe, transitorio sollievo con il movimento, inizio o peggioramento a riposo e nelle ore serali.

Elementi a supporto della diagnosi possono essere:

- La comparsa di movimenti delle gambe a tipo scosse (anche minime) con un andamento periodico durante il sonno (mioclono periodico notturno)
- Familiarità positiva per RLS
- Risposta positiva ai farmaci dopaminoagonisti.

Alcuni aspetti possono aiutare il clinico nella diagnosi. Per esempio, anche se la RLS inizia a qualsiasi età, è più

frequente nelle persone di mezza età e più anziane; la maggior parte dei pazienti presenta un decorso clinico progressivo, anche se si riscontrano periodi di remissione anche di un mese.

I sintomi procurano disturbi soprattutto nell'inizio del sonno (insonnia iniziale).

L'esame obiettivo neurologico è spesso nella norma (forme idiopatiche e familiari); talora si riscontrano segni/sintomi di neuropatia periferica e radiculopatia e bassi livelli di ferritina (< 50µg/L).

Una **scala per la gravità** della RLS ampiamente accettata per la valutazione clinica soggettiva è quella proposta dalla IRLSSG nel 2003 (Tab 2)

<p>1. Come valuta in generale il disagio alle gambe o alle braccia dovuto alla RLS</p> <p>(4) Molto grave (3) Grave (2) Moderato (1) Lieve (0) assente</p>	<p>6. Come valuta in generale la gravità della sua RLS di muoversi in generale</p> <p>(4) Molto grave (3) Grave (2) Moderato (1) Lieve (0) assente</p>
<p>2. Come valuta in generale la necessità di muoversi a causa della RLS</p> <p>(4) Molto grave (3) Grave (2) Moderato (1) Lieve (0) assente</p>	<p>7. Con quale frequenza avverte i sintomi di RLS</p> <p>(4) Molto grave (3) Grave (2) Moderato (1) Lieve (0) assente</p>
<p>3. Quanto il movimento attenua in generale il disagio del sonno causati dalla RLS</p> <p>(4) Molto grave (3) Grave (2) Moderato (1) Lieve (0) assente</p>	<p>8. Quando avverte i sintomi di RLS, qual è la loro intensità media nella giornata</p> <p>(4) Molto grave (3) Grave (2) Moderato (1) Lieve (0) assente</p>
<p>4. Quanto sono gravi i disturbi del sonno causati alla RLS</p> <p>(4) Molto grave (3) Grave (2) Moderato (1) Lieve (0) assente</p>	<p>9. Con quale gravità i sintomi della RLS interferiscono con le attività quotidiane?</p> <p>(4) Molto grave (3) Grave (2) Moderato (1) Lieve (0) assente</p>
<p>5. Quanto è grave la sonnolenza diurna o la stanchezza causata dalla RLS</p> <p>(4) Molto grave (3) Grave (2) Moderato (1) Lieve (0) assente</p>	<p>10. Con quale gravità i sintomi della RLS sono causa di disturbi dell'umore (irascibilità, depressione, tristezza, ansia)</p> <p>(4) Molto grave (3) Grave (2) Moderato (1) Lieve (0) assente</p>

Tab. 2 - Punteggio complessivo: molto grave: 31-40; Grave: 21-30; Moderata: 11-20; Lieve: 1-10

La **terapia** della RLS è di tipo non farmacologico e farmacologico.

Interventi comportamentali come l'esercizio fisico, una buona igiene del sonno, bagno caldo prima di dormire, massaggi, distrazione possono essere sufficienti nel trattare i sintomi nei casi lievi ed infrequenti.

Anche evitare alcolici, caffeina, tabacco, e alcuni farmaci (antidopaminergici, antistaminici, alcuni antidepressivi) può risolvere il disturbo del sonno.

La **terapia marziale** (con ferro) non è efficace nei pazienti con normali livelli di ferro, poiché l'assorbimento intestinale, in questi casi, è < del 2%.

Negli individui con ferritina bassa è raccomandata, invece, la terapia con ferro, possibilmente associata alla vit C per facilitarne l'assorbimento intestinale.

I **dopaminoagonisti** sono i farmaci più largamente impiegati e studiati per la RLS.

Possono causare effetti indesiderati - quali nausea, sonnolenza e stanchezza - rari ai dosaggi attualmente raccomandati.

Uno degli effetti indesiderati più importanti dei dopaminoagonisti è il cosiddetto "augmentation" per cui i sintomi tendono a manifestarsi prima nella giornata (tardo pomeriggio), con maggiore intensità, interessando più distretti corporei e con minore latenza di comparsa all'addormentamento.

L'augmentation peggiora con il tempo di trattamento (generalmente dopo due anni di terapia) e con l'incremento del dosaggio.

Il trattamento con L-DOPA induce più facilmente e con minore latenza il fenomeno di augmentation.

Alcuni **antiepilettici** come il Gabapentin e Pregabalin si sono rivelati efficaci ma solo il primo ha una documentazione di studi di confronto con dopaminoagonisti che dimostra efficacia sovrapponibile

Gli **oppiacei** mancano di studi di efficacia; il loro impiego è, perciò, off-label ma dal 85% al 90% dei pazienti risponde a tali farmaci.

Usando la precauzione di impiegare dosaggi molto bassi i pazienti hanno mostrato ottima tolleranza anche per trattamenti lunghi.

Una valida alternativa ai precedenti farmaci è rappresentata dal **Clonazepam**, una benzodiazepina che, però, negli studi clinici ha dimostrato risposte inconsistenti.

Diversamente dai gabaergici come Gabapentin, le benzodiazepine non si sono rivelate capaci di ridurre le scosse miocloniche (mioclono periodico notturno) che molto spesso si associano alla RLS.

Molti farmaci hanno mostrato efficacia nel trattamento della RLS nella pratica clinica ma solo alcuni hanno ricevuto l'indicazione.

Un algoritmo per il trattamento della RLS è presentato nella fig.2



I criteri clinici della RLS sono molto precisi e consentono di formulare agevolmente la diagnosi.

La sindrome delle gambe senza riposo viene spesso diagnosticata negli ambulatori di neurologia; la terapia

è agevole ed efficace; i benefici per i pazienti sono marcati. Talora, invece, un pur importante ed invalidante disturbo del sonno non viene riferito al medico; altre volte viene confuso per ansia o insonnia.



Ceramica integrale ... e CEREC

rendono PERFETTO il vostro sorriso

Dott. **Elio D'ARCHIVIO**

Direttore Sanitario **Isola Odontoiatrica** - Odontoiatra

La novità più importante per il tuo sorriso è CEREC "CEramic REConstruction". Cerec è un'esclusiva tecnica, computer assistita, che, con un'impronta digitale e un processo di molaggio interno, permette di eseguire il trattamento odontoiatrico in un'UNICA SEDUTA risparmiando anche sui costi. Il CEREC risponde in maniera **semplice** ed **immediata** alle richieste di ogni paziente: otturazioni che avranno l'esatto colore dei propri denti ed un eccellente effetto estetico, un materiale biocompatibile e privo di metalli. Non è utopia! Tutto questo è possibile grazie al CEREC.

Il Cerec è un sofisticato sistema che consente la realizzazione di:

- **Intarsi**, ovvero otturazioni in ceramica integrale che rappresentano la migliore alternativa estetica alle otturazioni in oro, amalgama o resina.
- **Faccette** in ceramica integrale, ideali per denti anteriori fratturati o con alterazioni cromatiche e di forma.
- **Corone e ponti** in ceramica integrale, che si integrano perfettamente con la struttura biologica dei tessuti e dall'aspetto del tutto naturale, senza margini scuri ed evidenti, variazioni del senso del gusto o altri disturbi sensitivi tipici delle antiestetiche corone in metallo.

I vantaggi del Cerec sono:

- Niente impronta
- Niente provvisorio
- Nessuna perdita di tempo

Il sistema Cerec si avvale di tre unità:

- Una piccola telecamera intragrale che rileva l'immagine del dente preparato
- Un computer con un software dedicato con il quale si progetta il restauro
- Una molatrice che fresa sul momento il restauro progettato

Come procede nel dettaglio il CEREC:

Il dente è trattato con una polvere opacizzante, che viene applicata anche sull'arcata opposta.

La polvere serve ad ottenere una superficie omogenea e non speculare adatta ad essere "letta" dalla telecamera; la telecamera emette una luce blu che rimbalza sulla superficie opacizzata, e rileva l'anatomia dei denti interessati cogliendone i minimi dettagli.

Il software elabora le immagini acquisite e realizza un modello virtuale delle arcate, il quale altro non è che il corrispondente del classico modello in gesso utilizzato nelle tecniche con impronta.

Sul modello viene progettato il restauro da realizzare conferendo a questo la forma più idonea in relazione ai denti circostanti e a quelli antagonisti.

I dati del progetto vengono automaticamente inviati all'Unità Molatrice, che è un'apposita macchina di fresatura in cui due frese diamantate lavorano in sincronia su un blocchetto di ceramica, realizzando il restauro da noi progettato.

Il manufatto viene provato prima del passaggio in forno, in quanto nella fase non cristallizzata in cui la cera-

mica è rosa, possono ancora essere apportate piccole modifiche di forma o di contatto. Alla fase della prova, segue dunque la cottura in forno e la caratterizzazione del colore che consentirà una perfetta integrazione del restauro alla bocca del nostro paziente. Il vantaggio di questa tecnologia è la **velocità** di realizzazione.

E' importante sottolineare che questa tecnica, più rapida, non va a discapito della precisione che al contrario raggiunge livelli elevatissimi.



Via Pannella, 3/A
TERAMO
Tel. 0861 220709
teramo@isolaodontoiatrica.it

Via S. Gabriele, 255/q
64045 Isola del Gran Sasso (Te)
Tel. 0861-975730
segreteria@isolaodontoiatrica.it

www.isolaodontoiatrica.it

I RAGGI X

i Raggi sconosciuti

Questo articolo nasce dalla voglia di intraprendere un viaggio per scoprire l'evoluzione e i cambiamenti in campo diagnostico, dalla nascita dei raggi x sino alle più moderne tecniche di tomografia computerizzata multi-slices e Cone-Beam. La radiologia è una specializzazione della medicina che si occupa dello studio delle immagini con l'ausilio dei raggi x. I raggi X sono conosciuti in campo medico soprattutto come metodo di indagine, dal momento che hanno permesso alla scienza di vedere letteralmente attraverso il corpo umano. La scoperta fu fatta in maniera del tutto casuale nel 1895 dal fisico tedesco **Wilhelm Conrad Rontgen**. Durante i suoi esperimenti sui fasci di elettroni prodotti all'interno di un tubo catodico, eseguiti lontano da fonti luminose, perché affetto da daltonismo, si accorse che avvolgendo il tubo in un foglio di carta nera, i fasci emessi dallo stesso davano luminosità ad un foglio posto vicino, coperto di sale di platino e bario. Il fisico ebbe la geniale intuizione di provare a vedere cosa sarebbe successo se tra la sorgente dei raggi X e una lastra fotografica si fosse interposto un oggetto; così notò che un'immagine del contenuto e della sua struttura interna rimaneva impressa sulla lastra, e ne dedusse che questa fluorescenza era causata dall'emissione dei raggi invisibili che fuoriuscivano dal tubo, carta e legno, ma non i metalli. Famosa è l'immagine della mano sinistra della moglie. I raggi vennero così chiamati "X" ad indicare la loro natura sconosciuta. Lo stesso anno il fisico diede l'annuncio ufficiale della scoperta dei raggi X, e scrisse:

"Si prenda un tubo di vetro, saldato ai due capi, dopo che in esso si è fatto il vuoto quasi completo, e lo si disponga orizzontalmente, essendo i suoi estremi attraversati da due fili di rame, i cui poli sporgono liberamente nello interno del tubo. Si pongano questi fili in rapporto con i poli di una bobina di induzione, a preferenza con un rocchetto di Ruhmkorff, il quale, come è noto, può dare scintille fino a 30 centimetri. Si pongano in comunicazione i due fili di rame con i poli del rocchetto, e si avrà una scintilla nell'interno del tubo, la quale scintilla sarà tanto più splendente quanto più rarefatto è lo spazio nel tubo." (Tratto da "I Raggi di Rontgen" di M. De Ciutiis 1896).

Per questo, Wilhelm Rontgen nel 1910 ricevette il



premio Nobel. La scoperta suscitò forte interesse in altri studiosi, che sulla stessa scia fecero scoperte non meno importanti. Vogliamo ricordare Becquerel, che durante le sue ricerche mise in contatto l'uranio con una lastra fotografica, accorgendosi che era stata impressionata anche se non era stata esposta alla luce del sole; concludendo che tale materiale emetteva dei raggi senza bisogno di un'eccitazione da parte della luce. Di seguito, la fisica polacca Marie Curie e suo marito Pierre Curie hanno avuto il merito di scoprire altri elementi (radio e plutonio) molto più radioattivi rispetto all'uranio, e quello di sviluppare metodi efficaci per separare il radio dai residui radioattivi dei minerali di uranio. Marie confermò in qualche mese che l'irraggiamento era una proprietà di diversi elementi chimici, e battezzò tale proprietà come "radioattività". Pierre Curie intuì l'importanza dei raggi a scopo terapeutico, capaci di curare alcune malattie del derma e il cancro, anche se non erano ancora del tutto chiari gli aspetti negativi dovuti ad un'esposizione prolungata agli stessi. Oggi la scoperta di Rontgen si rivela interamente nella sua infinita grandezza: medici, chirurghi, specialisti d'ogni genere, ospedali, case di salute, ecc. trovano l'aiuto più efficace nei raggi X, che in un grandissimo numero di casi costituisce il solo e il più sicuro mezzo di indagine, sotto forma di RX, TC, PET, Medicina Nucleare.

L'occhio umano non è in grado di vedere i raggi Rontgen, perché non è in grado di captare le onde luminose che hanno una lunghezza superiore al rosso (onde ad infrarossi) o inferiore al viola (onde ad ultravioletti); i soli che riesce a captare sono quelli dello spettro solare: rosso, arancio, giallo, verde, azzurro, indaco e violaceo. Ogni colore ha una diversa lunghezza d'onda: quelli con una lunghezza maggiore vengono percepiti prima (rosso e violetto).

Che sia l'ultravioletto l'ottavo colore che si trova al di là dello spettro solare?



GRUPPO MEDICO D'ARCHIVIO

Garanzia di professionalità, qualità e sicurezza da 30 anni al tuo servizio.

Nei centri di Giulianova e Teramo equipe di medici specialisti in Radiodiagnostica garantiscono ogni giorno la possibilità di diagnosi accurate ed immediate.

Radiologia Tradizionale, Risonanza Magnetica Total Body, Densitometria Ossea, Ecografie, Ecocolor Doppler, TAC cone Beam, TAC con e senza MDC e Mammografia effettuate con apparecchiature di ultima generazione.

Il **GRUPPO MEDICO D'ARCHIVIO**, attraverso l'**AMBULATORIO MEDICO SPECIALISTICO DIOMIRA**, offre prestazioni ambulatoriali nei diversi campi del settore sanitario, avvalendosi della collaborazione dei migliori specialisti.



CENTRO DIAGNOSTICO D'ARCHIVIO

Via G. Galilei, 59 - Giulianova Lido (Te)
Tel. 085 8008215

info@centrodiagnosticodarchivio.it



**Studio Radiologico
Gadaleta** s.r.l.

STUDIO RADIOLOGICO GADALETA

Via Del Baluardo, 53 - Teramo
Tel. 0861 246643

info@studioradiologicogadaleta.it



DIOMIRA

AMBULATORIO MEDICO SPECIALISTICO

Via Mamiani, 7 - Giulianova Lido (Te)
Tel. 085 8005036

info@diomiramedicina.it

www.gruppomedicodarchivio.it

