

44° Congresso nazionale  
della Società Italiana di Chirurgia Plastica  
Ricostruttiva ed Estetica

Bologna 31 ottobre 1-2-3 novembre 1995

**Presidente del Congresso**

Carlo Cavina

**Comitato organizzatore**

L. Baroncini - R. Cipriani - P. Di Giovanni - A. Gallucci  
F. Greco - F. Marconi - P.G. Morselli - T. Pistorale  
M. Vignoli - G. Zannetti

**Segreteria scientifica**

Paolo G. Morselli

Servizio di Chirurgia Plastica - Policlinico S. Orsola  
via Massarenti 9, 40138 Bologna  
tel. 051/6363628 - fax 051/6363641

**Segreteria organizzativa**

Studio E.R. Congressi  
via Riva Reno 47, 40122 Bologna  
tel. 051/235293 - fax 051/235296

# INNESTI DI OSSO E FISSAZIONE RIGIDA NELLA CHIRURGIA CORRETTIVA DEL TERZO MEDIO DELLA FACCIA

L. GUARDA e R. CENZI

Reperto di Odontoiatria e Chirurgia Maxillo-Facciale . O.C. Rovigo - ULSS 18

## INTRODUZIONE

La chirurgia correttiva del terzo medio della faccia comprende interventi sia sui tessuti molli che sullo scheletro: incentrando la nostra attenzione soprattutto su quest'ultimo argomento intendiamo esporre la nostra esperienza nelle varie patologie.

## MATERIALI E METODI

La ricostruzione (o correzione) dei difetti dello scheletro del terzo medio comprende un'ampia gamma di interventi: tra questi gli innesti di osso autologo o di materiali alloplastici rivestono una grande importanza.

Facendo riferimento al capitolo delle labiopalatoschisi, sappiamo che esistono innesti di osso PRIMARI, eseguiti nel nostro protocollo tra i sette ed i dieci anni di età, colmando con spongiosa iliaca la schisi del mascellare, e SECONDARI: questi ultimi rientrano per lo più nel trattamento degli esiti e si prestano molto bene a colmare i gap ossei che si creano nella chirurgia ortopedica abitualmente quando il mascellare superiore viene espanso ed avanzato, con l'intento di ricreare la continuità ossea tra i frammenti, stabilizzandoli e riformando un adeguato processo alveolare. Fra gli innesti di osso secondari (ma possono in questo caso essere usati ugualmente con ottimi risultati anche i materiali alloplastici), non va dimenticata la possibilità di inserire frammenti opportunamente modellati come "onlay", con l'intento di mascherare (camouflage) difetti scheletrici tipici degli esiti di labiopalatoschisi.

Anche nella chirurgia dei traumi e dei tumori del terzo medio è lecito parlare di innesti di osso primari e secondari, anticipando che nella nostra esperienza la preferenza viene data ai primi quando la situazione contingente (tempi operatori, condizioni generali del paziente, etc.) lo consenta. Abbiamo visto infatti che quando vi è una perdita di sostanza mascellare traumatica o conseguente a resezione, i risultati a distanza sono migliori se si provvede in prima istanza alla ricostruzione dello scheletro, evitando tra l'altro gravi sequele cicatriziali, in accordo del resto con i dati della recente letteratura.

Per la ricostruzione ossea la scelta delle zone donatrici varia dalla cresta iliaca alla calvaria, preferendo generalmente quest'ultima quando vi sia comunque necessità di eseguire un lembo bicoronale.

L'uso degli innesti d'osso nella chirurgia ricostruttiva facciale, ha avuto un grosso impulso con l'impiego della fissazione rigida che permette un posizionamento stabile ed una collocazione tridimensionale corretta dell'innesto con un minor riassorbimento a distanza di tempo. E' parimenti importante assicurare una copertura dell'osso innestato con tessuti ben vascularizzati e suturati senza tensione; qualora questi non siano reperibili per semplice scorrimento e rotazione, si rende necessario l'uso di lembi di vicinanza (muscolo temporale in primis) o di lembi liberi con sutura microvascolare.

Un capitolo relativamente nuovo, che nella nostra opinione avrà larghi spazi nei prossimi anni è la ricostruzione del mascellare a fini preimplantologici, per la riabilitazione masticatoria dell'arcata superiore.

Questi possono essere eseguiti con varie tecniche: "onlay", "inlay", associati in vario modo alla chirurgia ortognatica del mascellare superiore.

Il concetto guida, nella nostra esperienza, è che si deve costruire l'osso non solo di dimensione adeguata ma anche collocato correttamente nei tre piani dello spazio rispetto all'arcata antagonista.

## RISULTATI

L'uso degli innesti di osso e della fissazione rigida nella ricostruzione del terzo medio della faccia ha dato risultati estremamente favorevoli sia esteticamente che funzionalmente.

permettendo un recupero di pazienti malformati o traumatizzati che ne ha facilitato il reinserimento o il rientro nella vita sociale.

Nell'ambito delle neoplasie facciali del mascellare, queste tecniche, in particolare associate allo smontaggio-rimontaggio di ampie porzioni facciali, ha permesso demolizioni estesissime con minimo danno funzionale ed estetico.

La valutazione dei risultati con criterio statistico in questo ambito è estremamente difficile se non impossibile: la casistica presentata cercherà di illustrare alcuni esempi particolarmente significativi.

Confortante è il fatto che nei pazienti operati (un totale di 38 pazienti è stato sottoposto negli ultimi quattro anni ad innesti di osso al mascellare superiore) non vi sia mai stata la perdita dell'osso innestato e che in un numero minimo di casi sia stato necessario rimuovere viti o placche.

### **CONCLUSIONI**

Nell'ambito di una chirurgia che è sicuramente difficile, con possibilità di complicanze ed insuccessi, quale è quella ricostruttiva del terzo medio della faccia, il ricorso meditato e motivato agli innesti d'osso fissati con mezzi rigidi di sintesi, ha permesso nella nostra esperienza, una migliore riabilitazione estetico-funzionale di pazienti malformati, traumatizzati, sottoposti a resezioni per neoplasia.

### **BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE**

Ellis E.: Rigid skeletal fixation of fractures. J. oral maxillofac. surg. 51: 163-173, 1993

Manson P. N.: Management of facial fractures, in: Perspective in plastic surgery. St. Louis, Quality medical publishing, 1989.

Manson P. N. et Al.: Midface fractures: advantages of extended open reduction and immediate bone grafting. Plast. reconstr. surg. 76: 1, 1985.