



**RIVISTA ITALIANA
DI CHIRURGIA
MAXILLO-FACCIALE**

ESTRATTI

**DEL X CONGRESSO NAZIONALE
DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE**

**COMO-ITALIA
15-18 Giugno, 1997**

ABSTRACTS

**TENTH NATIONAL CONGRESS
OF THE ITALIAN SOCIETY FOR
MAXILLO-FACIAL SURGERY**

**COMO-ITALY
June 15-18, 1997**

**ORGANO UFFICIALE
DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI CHIRURGIA
MAXILLO-FACCIALE**
Supplemento al Volume VIII Fascicolo 2
1997

EDIZIONI CALDERINI

tenuo endorbitario possono residuare ampie perdite di sostanza nella sottile parete ossea, tanto da rendere necessario l'utilizzo di un innesto per sostituire la struttura danneggiata.

Il materiale interposto dovrà garantire l'isolamento dell'orbita dal seno mascellare fornendo un adeguato sostegno al contenuto endorbitario.

Per tale scopo sono stati proposti tessuti autologhi prelevati in altre sedi (osso, cartilagine) oppure materiali eterologhi, quasi tutti con il limite dell'elevato spessore o della scarsa resistenza al carico.

L'introduzione nella pratica clinica delle mesh di titanio ha superato le difficoltà preesistenti fornendo un prodotto sottile, facilmente modellabile, resistente ed inerte.

Presentiamo la casistica maturata nel periodo 1993-1996 che si compone di 15 casi di cui 8 concomitanti a traumi del terzo medio facciale.

Soprattutto nei gravi traumatismi che rendono necessari interventi di lunga durata, il risparmio temporale e biologico raggiunto con l'uso delle mesh di titanio, che solitamente ricopriamo con dura madre omologa, ci sembra considerevole e degno di nota.

Nella esposizione vengono discusse le indicazioni, la tecnica chirurgica ed i risultati ottenuti.

• • •

Traumi centrali della faccia: innesti

L. Guarda, M. Della Rovere, R. Cenzi

Servizio di Odontoiatria e Chirurgia Maxillo-Facciale (Primario: R. Cenzi) - Ospedale Civile ULSS 18 - Rovigo

Nel trattamento dei traumi centrali della faccia (TCF) l'utilizzo di innesti si è rivelato di fondamentale importanza al fine di una corretta ricostruzione morfologico-funzionale, qualora vi sia stata una perdita di tessuto osseo, sia nell'intervento di ricostruzione primario che nella correzione degli esiti. Nel periodo 1992-96 abbiamo trattato 31 pz. affetti da TCF utilizzando innesti di vario tipo. In 6 casi si è utilizzato osso autologo prelevato dalla teca cranica. Innesti omologhi - dura madre liofilizzata - sono stati utilizzati in 5 casi. Innesti con materiali alloplastici, fogli di silicone (Silastic) o polietilene poroso (Medpor) sono stati utilizzati rispettivamente in 3 ed in 17 pz. Si è preferito l'utilizzo dell'innesto osseo quando era presente: - Ampio deficit osseo. - Comunicazione con i seni paranasali e con le cavità nasali. - Copertura con tessuti molli problematica. A livello dello scheletro centro facciale (naso, orbite, frontale) l'osso autologo risulta quindi il materiale di prima scelta quando sia necessario ricorrere ad una ricostruzione mediante innesti; la calvaria prelevata a mezzo spessore presenta una morfologia particolarmente adatta e l'incisione coronale, necessaria al prelievo, è il più delle volte, la stessa che dà accesso ai TCF nella loro componente alta. La dura madre liofilizzata è stata utilizzata esclusivamente al fine di ricostruire perdite di sostanza medio-piccole del pavimento orbitario. Silastic è stato utilizzato con lo stesso scopo della dura madre ma ultimamente l'uso di tale materiale è stato da noi abbandonato. Nei TCF, in fase di primo intervento, il Medpor ha trovato impiego a livello orbitario, soprattutto per la riparazione di perdite di sostanza a livello di pavimento, talora delle pareti laterali. Negli esiti di trauma ha rappresentato una valida alternativa all'osso autologo

nella correzione degli enoftalmi. Complicanze con gli innesti di calvaria si sono avute solamente in un caso, una frattura naso frontale per la risoluzione della quale è stata sufficiente solamente la rimozione della sintesi metallica. Complicanze in pz. sottoposti ad innesti di Medpor si sono avute in due casi in cui si era avuta un'esposizione del polietilene, il trattamento si è sempre basato sulla semplice rimozione della porzione esposta e la ricopertura con tessuto molle dell'innesto.

Concludendo, l'innesto di osso autologo si è rivelato quello più affidabile. Da noi viene preferito l'innesto di calvaria perché presenta alcuni vantaggi quali la facile reperibilità, il lento riassorbimento ed un'ampia disponibilità; il Medpor è un materiale comunque valido ed offre il vantaggio di non dover sottoporre il pz. ad alcun prelievo, fatto non secondario soprattutto se si tratta di un intervento su esiti di trauma.

• • •

Frattura isolata "blow-in" del tetto dell'orbita (poster)

A.M. Miotti, P. Janes, F. Dente, P. Bressan**, M. Salerno*

Divisione di Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale

**Divisione di Neurochirurgia, **Divisione di Oculistica Azienda Ospedaliera "Santa Maria della Misericordia", Udine*

È noto dalla letteratura che le fratture del tetto dell'orbita avvengono in circa il 5% delle fratture facciali, per lo più associate a frattura dell'osso frontale o della cornice orbitaria superiore.

Raramente, tali fratture possono presentarsi anche isolate nella forma "blow-out", con dislocazione dei frammenti nel seno frontale o all'interno della cavità cranica.

Molto più rara è la frattura isolata tipo "blow-in" con dislocazione dei frammenti all'interno dell'orbita.

Gli Autori descrivono un caso clinico di quest'ultimo tipo, un uomo di 35 anni ricoverato in Terapia Intensiva per politrauma in seguito ad incidente stradale. Il paziente presentava esoftalmo a sinistra. L'esame della T.C. dimostrava edema cerebrale nonché un focolaio contusivo fronto-basale sinistro, con protrusione del parenchima cerebrale attraverso la frattura del tetto dell'orbita di sinistra, frammentato e dislocato all'interno della cavità orbitaria.

Il trattamento chirurgico precoce, per via intra-cranica, con rimozione dei frammenti ossei e ricostruzione del tetto dell'orbita mediante rete di titanio, permetteva il completo ripristino anatomico ed il recupero funzionale.

• • •

La traumatologia del terzo medio del distretto facciale; esperienza clinica dal 1988 al 1996

E. Marti, P.A. Civino, C. Corsi, A. Mazzotta

Divisione di Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale - Azienda Ospedaliera "V. Fazzi" - Lecce

Le fratture del centro faccia rappresentano un capitolo importante della traumatologia del massiccio facciale. Numerose