

VOLUME 18 - N. 3 - DICEMBRE 2007



**RIVISTA ITALIANA
DI CHIRURGIA
MAXILLO-FACCIALE**

**ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA
DI CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE**

E D I Z I O N I M I N E R V A M E D I C A

pazienti sono stati sottoposti ad intervento di settorinopalstica presso il reparto di Chirurgia Maxillo-Facciale dell'ospedale Sant'Andrea. Tra questi il 45% casi necessitavano di innesto. I siti donatori di cartilagine per l'innesto raggiungono una media di: 75% cartilagine nasale, 10,2% cartilagine di conca auricolare, confrontati con 1% casi di innesto con polietilene poroso, e un 0,5% con cartilagine costale. Inoltre in un 10% è stata utilizzata cartilagine eterologa conservata in mertiolato. I siti riceventi invece sono stati nel 39,5% la punta, 63% il dorso e nel 18,5% la columella.

Resultati. Il risultato estetico e funzionale raggiunto con l'innesto di cartilagine autologa è soddisfacente in tutti i casi. Tra questi, non è stato osservato riassorbimento, infezione dell'innesto, o morbidità a livello del sito ricevente. Polietilene poroso e la cartilagine costale sono andati incontro a riassorbimento e infezioni in alcuni casi.

Conclusioni. Secondo la nostra esperienza, ed in accordo con la letteratura, l'innesto di cartilagine autologa, ottenuto dopo rinoplastica, o da cartilagine auricolare o settale, rappresentano un'ottima procedura per correzione o rimodellamento di piccole irregolarità di punta e dorso nasali. Infatti questi mantengono forma e posizione nel tempo. L'innesto sulla punta risulta utile nel suo supporto: la tecnica onlay risolve le eventuali complicanze di malposizionamento ed eccessiva proiezione attraverso la cute. Nel caso di aumento del dorso è necessario porre attenzione alla sottigliezza dell'innesto nel terzo prossimale del dorso per evitare decubito e sporgenza attraverso la cute. L'innesto di cartilagine autologa elude anche infezioni che possono invece ricorrere con un impianto allo plastico.

A proposito di un caso di carcinoma squamoso della mandibola associato ad osteomielite in corso di trattamento con aminobisfosfonati

M. Ragazzo¹, G. Saia¹, G. Bettini², P. F. Nocini², A. Bedogni²

¹UOC di Chirurgia Maxillo-Facciale, Policlinico Universitario di Padova, Padova.

²Sezione di Chirurgia Maxillo-Facciale ed Odontostomatologia, Dipartimento di Scienze Morfologiche e Biomediche, Università degli Studi di Verona, Verona

Introduzione. L'osteonecrosi dei mascellari rappresenta una potenziale complicanza della terapia cronica con bisfosfonati. Viene descritta per la prima volta in letteratura l'associazione di carcinoma squamoso primitivo della mandibola e di osteomielite cronica in una paziente in terapia con bisfosfonati.

Pazienti e metodi. Una signora di 75 anni, in terapia con Acido Alendronico (10 mg/die) dal 2000 per osteoporosi, giungeva alla nostra attenzione per sospetta "osteonecrosi mandibolare" con evidenza d'esposizione ossea intraorale, dolore e tumefazione gengiva. La paziente riferiva un trauma contusivo in sede mandibolare sinistra 6 mesi prima e, ad un mese di distanza, l'estrazione del II molare inferiore di sinistra per comparsa di dolore, con ritardo di guarigione. All'esame obiettivo si evidenziava frattura scomposta dell'angolo mandibolare sin e mobilità dentale, con gengiva friabile ed esposizione d'osso necrotico. Le indagini CT e RMI rivelavano un'ampia area osteolitica dell'emicorpo mandibolare sinistro in corrispondenza della frattura, con scarsa reazione periostale, e la presenza di una voluminosa formazione espansiva con importante coinvolgimento dei tessuti molli circostanti. Si eseguiva biopsia incisionale nella sede di osso esposto con esito istologico di carcinoma squamoso ben differenziato associato a ricco infiltrato linfoplasmacellulare, reperto, quest'ultimo, compatibile con un quadro di osteomielite mandibolare cronica. Pertanto la paziente veniva sottoposta ad intervento chirurgico resettivo. Il pezzo operatorio veniva inviato per lo studio del caso.

Risultati. All'esame istologico definitivo, veniva confermata la diagnosi combinata di ca. squamoso con massiva infiltrazione ossea midollare e del fascio vascolo-nervoso mandibolare, con quadri di osteomieli-

te cronica associata. I margini di resezione ossea erano esenti sia da tumore che da osteomielite.

Conclusioni. La presenza di osso esposto in cavo orale in pazienti in trattamento con bisfosfonati può occultare l'esistenza di un carcinoma squamoso concomitante. Una simile associazione nosologica pone il dubbio che i fattori coinvolti nella patogenesi dell'osteomielite possano favorire la rapida progressione della neoplasia.

La chirurgia pre-protetica con accesso extra-orale nelle gravi atrofie mandibolari

S. Stea, F. Pasqualini, E. Sarti, L. Lancellotti

Unità Operativa di Chirurgia Maxillo-Facciale, Cotignola (RA)

Introduzione. Condizione fondamentale al posizionamento di impianti dentali endossei è la presenza di una adeguata quantità di osso alveolare che ne consenta il completo alloggiamento senza esposizione di parte di essi. L'atrofia alveolare conseguente alla perdita di elementi dentari è spesso tale da ridurre le creste ossee al di sotto delle dimensioni limite necessarie per permettere l'inserimento di impianti. Gli innesti ossei prelevati dalla cresta iliaca o da calvaria, il rialzo del seno mascellare, le tecniche di rigenerazione guidata dei tessuti, la distrazione osteogenetica dei processi alveolari, l'osteotomia Le Fort I associata ad innesti di interposizione, sono tutti gli strumenti nelle mani del chirurgo maxillo-facciale per permettere l'inserimento di impianti anche nelle atrofie estreme.

Materiali e metodi. Nei casi di grave atrofia mandibolare (classe VI di Cawood e Howell) con completa scomparsa del fornice vestibolare, gli Autori preferiscono un accesso extraorale sottomentoniero per il posizionamento di innesti ossei che permetteranno il successivo inserimento di impianti in regione interforaminale.

Risultati. Il posizionamento di innesti ossei mediante accesso esterno in regione sottomentoniera permette un adeguato recupero delle dimensioni verticali e trasversali della cresta atrofica per consentire il posizionamento di impianti in regione sinfisaria.

Discussione. In presenza di riduzione o assenza di gengiva aderente l'accesso chirurgico extraorale sottomentoniero consente di scongiurare il rischio di esposizione endorale degli innesti. Questa tecnica inoltre permette di evitare la perdita di profondità del fornice vestibolare legata alle tecniche convenzionali di accesso endorale, permettendo quindi una migliore protesizzazione.

Trattamento chirurgico delle lussazioni recidivanti della mandibola: nuova metodica

L. Guarda-Nardini, B. Palumbo, G. Ferronato

Dipartimento Universitario di Chirurgia Maxillo-Facciale, Università degli Studi Di Padova

Introduzione. La lussazione cronica recidivante della mandibola trova solitamente rimedio nel trattamento gnatologico-protetico. Esistono tuttavia casi, come quello da noi presentato, nei quali tale evento patologico trova indicazione nel trattamento chirurgico.

Materiali e metodi. Una donna di 32 anni affetta da lussazione cronica recidivante della mandibola, già precedentemente trattata chirurgicamente con lembo di Köle, è giunta alla nostra osservazione ed è stata studiata clinicamente e radiograficamente. Questa paziente è stata da noi sottoposta ad intervento chirurgico di osteotomia antero-posteriore dell'eminanza articolare, lasciando i segmenti ossei periostati. All'interno del gap osseo sono stati interposti ed "incastrati" degli innesti di calvaria aumentando così l'altezza dell'eminanza al fine di impedire la dislocazione dei condili durante i movimenti di apertura della bocca.

Risultati. Tale metodica chirurgica si è rivelata di indiscussa efficacia in quanto durante i mesi di follow-up la paziente non ha più avuto lussazione della mandibola.

Discussione. Diverse procedure chirurgiche sono utilizzate per ovviare la lussazione mandibolare ricorrente. Alcune metodiche, specie nel paziente anziano, creano una diminuzione del tubercolo articolare favorendo la riduzione della lussazione. Altre, al contrario, si propongono di creare una barriera al movimento di traslazione condilare mediante l'utilizzo di diversi materiali come il Medpor, ancorette in titanio, innesti ossei, osteosintesi ad L. Nel nostro caso abbiamo utilizzato degli innesti ossei di calvaria, interposti nella linea osteotomia eseguita a livello del tubercolo, col proposito di aumentare l'altezza dell'eminanza articolare.

Conclusioni. A nostro parere questa metodica, di semplice ma delicata esecuzione, è da ritenersi valida sia per i risultati che fornisce sia perché non necessita dell'utilizzo di materiali di osteosintesi i quali potrebbero dar luogo a complicanze nel lungo termine.

Utilizzo del lembo anterolaterale di coscia nella ricostruzione dei tessuti molli del cavo orale

B. Pesucci, G. Montemari, N. Felici, A. Marano

Chirurgia Maxillo-Facciale, S. Camillo-Forlanini, Roma, Italia

Introduzione. Le ricostruzioni minori del pavimento orale anteriore e laterale e della regione palatale-amigdaloglossa e le glossectomie parziali sono sempre state trattate con brillanti risultati con il lembo antibrachiale radiale, un lembo con buone caratteristiche di versatilità e adattamento. Negli ultimi anni, un nuovo concetto basato sull'utilizzo dell'arteria sottocutanea, ha dato la possibilità di usare altri tipi di lembi, come il lembo libero anterolaterale di coscia. Questo lembo è stato all'inizio usato nella ricostruzione geniena, quindi adattato alla chirurgia oncologica della cavità orale dopo resezioni minori.

Materiali e metodi. Gli Autori presentano la loro esperienza con questo tipo di ricostruzione, spiegando i tempi di prelievo, la possibilità di innervazione e l'utilizzo con o senza la fascia.

Risultati. Il lembo anterolaterale di coscia presenta una minore variabilità anatomica (solo nel 3% abbiamo osservato l'assenza dei vasi perforanti) e certamente una minore morbilità del sito donatore, con chiusura diretta della ferita, senza innesti di pelle, e senza il sacrificio di una arteria importante, la radiale, come nell'utilizzo del lembo antibrachiale radiale.

Conclusioni. In base alla nostra esperienza, l'uso del lembo anterolaterale di coscia rappresenta la scelta migliore sia nella ricostruzione di distretti della cavità orale ad alta mobilità (palato molle, pavimento orale e lingua), che nei distretti a bassa mobilità (palato duro, arco alveolare, mento).

Valutazione quali/quantitativa degli effetti degli aminobisfosfonati sul turnover osseo e sulla neoangiogenesi nella malattia dei mascellari farmaco indotta

A. Bedogni¹, G. Saia², G. Bettini¹, L. Chiarini³, P. F. Nocini¹

¹Sezione di Chirurgia Maxillo-Facciale ed Odontostomatologia, Dipartimento di Scienze Morfologiche e Biomediche, Università degli Studi di Verona, Verona

²UOC di Chirurgia Maxillo-Facciale, Policlinico Universitario di Padova, Padova

³Servizio di Odontoiatria e Chirurgia Maxillo-Facciale, Dipartimento Integrato di Neuroscienze, Testa-Collo e Riabilitazione, Modena

Introduzione. Pazienti che assumono aminobisfosfonati possono sviluppare una patologia dei mascellari caratterizzata dalla presenza di osso esposto in cavo orale. Questa patologia è considerata un'osteonecrosi per

le caratteristiche cliniche del processo ed istologiche dell'osso esposto. La patogenesi è sconosciuta, ma si ritiene che il farmaco produca una inibizione del metabolismo cellulare nei mascellari, in verosimile analogia alla osteonecrosi da radioazioni.

Obiettivi dello studio. Descrivere le alterazioni del turnover osseo e dell'angiogenesi nella patologia da bifosfonati, sulla base dei risultati di uno studio citoistopatologico condotto su 18 pazienti sottoposti ad un protocollo chirurgico resettivo.

Materiali e metodi. I margini di resezione dei mascellari sono stati decisi nel preoperatorio sulle immagini TC e RM in tutti i pazienti. Negli ultimi 9 pazienti è stato completato un protocollo preoperatorio di marcatura dell'osso con tetracicline. Sezioni d'osso a tutto spessore includenti il periostio sono state allestite dai pezzi operatori (12 mandibole, 7 mascellari). Nei 9/18 casi pre-trattati con tetracicline, i preparati sono stati allestiti in doppio per la valutazione del rimaneggiamento osseo. Gli specimens venivano inclusi in paraffina per lo studio istomorfologico (H-E) ed immunohistochimico (monoclonal CD 34 antibody, monoclonal anti-human VEGF R2 antibody, tunel, trap), in metacrilato per lo studio istomorfometrico.

Risultati. Il quadro istologico/istomorfometrico della malattia è caratterizzato da un'importante neoformazione ossea a circoscrivere ampi spazi intertrabecolari con ricca componente infiammatoria; caratteristicamente, gli osteoclasti appaiono staccati dall'osso e in apoptosi, mentre l'attività osteoblastica è aumentata. Il turnover-osseo è in gran parte alterato, con accumulo di osso non vitale frammisto ad osso neoformato. Le zone necrotiche sono acellulari ed avascolari. I margini di resezione ossea presentano struttura, cellularità e vascolarizzazione normali.

Discussione e conclusioni. La malattia dei mascellari sostenuta da bifosfonati è un'osteomielite cronica con caratteristiche peculiari. Esiste osso non coinvolto dal processo ed è quindi possibile ottenere margini chirurgici esenti da malattia.

Trattamento dei tumori maligni coinvolgenti la fossa infratemporale

A. Battisti, V. Valentini, P. Gennaro, I. Aboh, A. Torroni

Cattedra di Chirurgia Maxillo-Facciale, Policlinico Umberto I, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Roma

Introduzione. La complessità anatomica della regione della fossa infratemporale, caratterizzata dalla presenza di importanti strutture vascolari, nervose e muscolari, rendono la chirurgia di questo distretto una delle più difficili per il chirurgo maxillo-facciale. Da ciò si evince come assuma vitale importanza la scelta di un corretto approccio atto a garantire un'adeguata luce chirurgica e una completa radicalità oncologica loco-regionale, garantendo, lì dove fosse possibile, la preservazione delle strutture nobili.

Materiali e metodi. Dall'analisi retrospettiva dei casi clinici trattati presso il reparto di Chirurgia Maxillo-Facciale del Policlinico Umberto I di Roma, sono state prese in considerazione le neoformazioni maligne primarie e secondariamente coinvolgenti la fossa infratemporale classificandole in: tumori primitivi della fossa infratemporale; tumori del cavo orale, della mandibola, del mascellare e della parotide secondariamente coinvolgenti la fossa infratemporale, ed infine tumori coinvolgenti la fossa infratemporale che si estrinsecano a livello del basicranio.

Risultati. Alla luce dell'esperienza clinica maturata dai casi sottoposti a trattamento chirurgico presso il nostro reparto si evince come l'approccio chirurgico debba essere pianificato, valutando ogni singolo caso, in considerazione dell'estensione del tumore, delle strutture vascolari e nervose eventualmente coinvolte ed in base alla luce chirurgica necessaria per ottenere la radicalità oncologica.