



## L'approccio chirurgico nelle asimmetrie dello scheletro facciale

### INTRODUZIONE

L'asimmetria del viso è fisiologica entro certi limiti. Al di sotto di 3-4 mm. di differenza di scheletro e di parti molli delle due metà del viso, un osservatore normale non si accorge dell'asimmetria. L'asimmetria può essere localizzata a livello delle varie componenti del viso, per cui possiamo avere:

- un'asimmetria fronto-orbitaria;
- un'asimmetria orbito-zigomatica;
- un'asimmetria maxillo-mandibolare-,
- un'asimmetria nasale .

Le asimmetrie possono essere:

- congenite-,
- da neoplasie-,
- da displasie;
- da cause posturali;
- da accrescimento asimmetrico;
- esito di traumi;
- esito di interventi chirurgici

Nella regione fronto-orbitaria la più comune causa di asimmetria è la plagiocefalia, che può essere posizionale o sinostotica. Nella forma posizionale il paziente può andare incontro ad asimmetrie nell'utero, e solitamente si ha, dopo la nascita, un progressivo attenuarsi dell'asimmetria. Nella forma sinostotica c'è una precoce saldatura a livello di un'emisutura. In questi casi, in genere, non c'è un aumento della pressione intracranica, e questo è un dato positivo, perché, in questo modo, il danno è comunque limitato all'aspetto morfologico cranio-facciale. Il trattamento è chirurgico, con avanzamento e simmetrizzazione della cornice orbitaria e della regione frontale. Nella displasia fibrosa fronto-orbitaria c'è una grossa quantità di tessuto fibroso in progressivo accrescimento, con prominenza della regione frontale, una dislocazione verso il basso del globo oculare e possibili problemi di compressione a livello del nervo ottico. Il trattamento è chirurgico, con rimodellamento del tessuto displastico e decompressione eventuale del nervo ottico. Molto frequenti sono le asimmetrie da trauma, per esempio da trauma del seno frontale, non trattato o trattato in modo inadeguato. Nella regione orbito-zigomatica tra le cause congenite che provocano asimmetria vi sono le schisi facciali, patologie rare che comportano la fissurazione dello zigomo e dell'orbita, con asimmetria tridimensionale dell'orbita stessa. In campo traumatologico, la disgiunzione dello zigomo è molto frequente e comporta asimmetria scheletrica e asimmetria posizionale e funzionale dei globi oculari. Il trattamento è chirurgico e la ricostruzione di eventuali perdite di sostanza è preferibile che sia effettuata con osso o cartilagine autologa.

## METODI

A livello maxillo-mandibolare le asimmetrie della mandibola possono essere per eccesso" o "per difetto". Può anche esistere un eccesso da un lato e un difetto da un altro. Come sempre, è molto importante l'analisi del paziente; essa si deve basare:

- sulla valutazione scheletrica,
- sulla valutazione occlusale,
- sull'esame dei rapporti dento-mascellari e dento-mandibolari.

La valutazione scheletrica prevede una visione frontale, submentale e superiore. Dobbiamo stabilire se il difetto è solo mandibolare, o anche mascellare.

Si valutano

1. -la posizione delle mediane;
2. -la posizione dei canini nel piano orizzontale;
3. -le asimmetrie dei canini superiori nel piano frontale, ben evidenziabili attraverso l'esame superiore -
4. -l' inclinazione dei settori laterali; - il piano occlusale, soprattutto a livello della obliquità posteriore, con un piano di Fox o con un abbassalingua.

1 mezzi diagnostici di indagine sono:

- OPG-Y-
- TELE AP + laterale;
- TC;
- TC3D + stereolitografia;
- scintigrafia.

La OPG (panoramica) offre già molti dati sull'asimmetria. In quanto alla teleradiografia, va detto che, se non è perfetta, può mostrare asimmetrie che non esistono o nascondere asimmetrie che esistono. La TAC è preziosa soprattutto per valutare certe patologie. Un'asimmetria, per esempio, dovuta a un osteoma condilare, deve essere valutata con una TAC. La scintigrafia è molto importante per valutare l'iperattività condilare, in quanto ci sono casi in cui, anche a fine crescita, l'attività condilare prosegue.

## RISULTATI

Per ottenere buoni risultati chirurgici è indispensabile effettuare una "chirurgia sui modelli". E' sufficiente l'occlusore, se il caso riguarda solo la mandibola- è necessario l'articolatore se il caso è "bimascellare". Nel pazienti asimmetrici per difetto, come nella disostosi otomandibolare, il condotto uditivo può non esistere, o essere dislocato, e ciò rende particolarmente difficile collocare l'arco facciale in modo corretto. In qualche caso, per ottenere dei buoni risultati, prima si "centra" la mandibola, e poi si lavora sul mascellare superiore: questo quando il mascellare superiore dovrà andare incontro a una segmentazione in molti frammenti, e non sarà quindi più un punto di repere molto stabile. Le cause della laterognazia per difetto sono:

- congenite"
- esiti di fratture;
- interventi chirurgici-,
- terapia radiante.

Quando ci si trova davanti a un condilo malformato in un bambino di 5-8 anni, il procedimento funzionale può essere efficace. Se il condilo è malformato, per esempio per anchilosi, o è assente, è più logico, invece, intervenire chirurgicamente prima che ortodonticamente, con osteotomia se il paziente è adulto, con trapianto di centro di crescita osteo-cartilagineo costale se è un bambino .

Nella terapia delle asimmetrie è possibile fare ricorso al distrattore, il cui utilizzo presenta tuttavia, analogamente alla chirurgia, una percentuale del 25% di recidive. Il distrattore va tenuto a lungo (2-3 mesi) perché il callo osseo deve avere una sufficiente calcificazione per stabilizzare il risultato. Da questo punto di vista, l'approccio puramente chirurgico è molto più rapido e meno fastidioso per il paziente. Se il paziente è adulto e alla laterognazia si associa un problema anche mascellare (obliquità del piano occlusale) l'intervento sarà ovviamente bimascellare.

## DISCUSSIONE

Esistono casi di asimmetria conseguenti a resezione, per esempio da neoplasie. Ciò può presentarsi in pazienti in crescita o in adulti. Uno dei metodi più validi per ricostruire la mandibola, in questi casi, è quello di ricorrere a un trapianto, che sovente, se le condizioni locali non sono particolarmente ideali (pazienti irradiati), sarà di tipo microchirurgico (fibula o ala iliaca). Un aspetto positivo del trapianto microvascolare è di non andare incontro a riassorbimento, per cui il paziente potrà essere successivamente riabilitato con impianti osteointegrati. Quando si parla di asimmetrie per eccesso, ci si riferisce:

- a) all'ipertrofia emimandibolare, che determina un'asimmetria del viso in senso verticale;
- b) all'allungamento emimandibolare, che provoca un'asimmetria del viso in senso trasversale.

Se possibile, in queste due forme il

trattamento indicato è precoce, cioè a 10-12 anni, mediante un intervento di condillectomia o condrectomia. A crescita ultimata si deve invece distinguere se il condilo è attivo o se non è più attivo. Se il condilo è attivo, si affronta il problema a tre livelli:

- la mascella (livellamento del piano occlusale con osteotomia tipo le Fort)
- la mandibola (centratura del corpo mandibolare nella corretta occlusione con eventuale mentopastica e chirurgia dei bordi)
- il condilo (condillectomia).

## CONCLUSIONI

L'ortodonzia e la chirurgia delle asimmetrie sono due campi di intervento non facili, perché, a parte gli aspetti tecnici, non è semplice la programmazione. La stessa ortodonzia decompensatrice è difficile. E' necessaria un'ottima programmazione chirurgica con VTO e con studio ridimensionale dei modelli. In casi particolari si possono ottenere delle registrazioni TAC delle repliche in grandezza naturale del cranio del paziente, in polistirolo, su cui possono essere collocate le arcate in gesso. Ciò costituisce quindi un mezzo precisissimo su cui simulare esattamente l'intervento chirurgico.