

P. Santanchè, C. Bonarrico

**La malaroplastica additiva con impianto
alloplastico come tecnica ancillare
della rinoplastica estetica**

Estratto da:

*Atti del 47° Congresso Nazionale
della Società Italiana di Chirurgia Plastica
Ricostruttiva ed Estetica*

Palermo, 23 - 26 settembre 1998

La malaroplastica additiva con impianto alloplastico come tecnica ancillare della rinoplastica estetica

P. Santanchè, C. Bonarrigo

Introduzione

Pur essendo difficile parlare di criteri universali di bellezza del viso, possiamo senz'altro dire che la sua struttura scheletrica ne è elemento fondamentale.

Zigomi e mento costituiscono i tre apici del cosiddetto "triangolo estetico" del viso. Gli zigomi, insieme al naso, occupano il terzo medio del viso e sono il fulcro dell'equilibrio tra il terzo superiore (la fronte) e il terzo inferiore (il mento) del viso.

La descrizione dei primi interventi di malaroplastica additiva a scopi estetici risale al 1971: Hinder e Spadafora posizionarono, contemporaneamente ma indipendentemente, delle protesi zigomatiche (l'uno in silicone, l'altro in polietilene) (2, 6).

La malaroplastica additiva estetica è un intervento rivolto ai portatori di ipoplasie ossee minori della regione zigomatica o di ipotrofie e/o dislocamenti dei tessuti molli tipici dell'invecchiamento, in assenza di problemi funzionali.

I tessuti molli della regione zigomatica, soprattutto nella porzione antero-mediale, quando questa non è supportata da una componente ossea importante, tendono ad un'involuzione precoce: non è raro vedere pazienti non ancora trentenni segnati da un doppio solco sul viso: un'in-

ciente accentuazione del solco naso-labiale, e più in alto una depressione attraversa lo zigomo in basso ed in fuori, ne interrompe la naturale convessità e rende il viso più duro, più stanco. Infatti, la convessità dell'area malare anteriore tipica dell'età giovanile conferisce freschezza al viso, perché riflette la luce.

Quando la componente adiposa malare anteriore si riduce, un'ombra prende il posto del colpo di luce ed il viso appare immediatamente più severo.

Materiali e metodi

Nel 1991 viene introdotto in Italia un prodotto assolutamente innovativo per il riempimento dei tessuti molli.

Esso è noto col nome commerciale di Bioplastique® e consiste in microprotesi (da 100 a 600 micron) testurizzate in gel di silicone, disperse in una soluzione acquosa bioescretabile (PVP), e quindi impiantabili mediante iniezione.

Le fiali di Bioplastique® contengono 1cc di materiale.

Mediante un iniettore a leva (Fig. 1), che consente di ridurre lo sforzo di espulsione dalla siringa preriempita, il materiale può essere impiantato con la massima precisione.

La tecnica di impianto da noi messa a punto differisce profondamente da quella descritta dalla casa produttrice (1).

Individuata la zona da trattare, montato sullo speciale iniettore un ago 21G con il foro del becco di flauto dell'ago rivolto verso l'osso, si

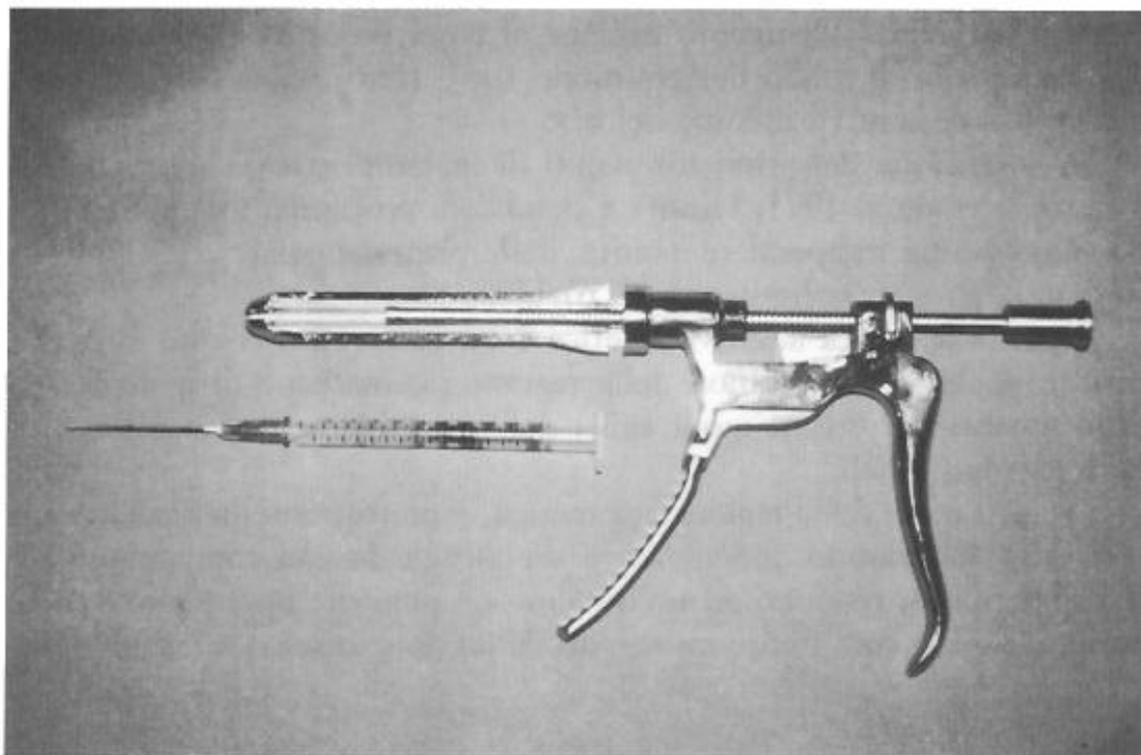


Fig. 1. - L'iniettore a leva e la fiala di Bioplastique®.

punge la cute lateralmente alla zona da riempire mantenendo una direzione tangenziale, fino ad arrivare al periostio. Si inietta il prodotto distribuendolo per tutta la zona interessata, per via retrograda, formando tanti sottili spaghetti, uno parallelo all'altro.

All'impianto non segue nessuna medicazione.

Risultati

Abbiamo trattato con questa tecnica oltre 450 casi, dal 1991 ad oggi.

Abbiamo sempre utilizzato la tecnica sopra descritta. L'impianto profondo e la sua solidarizzazione con l'osso rendono il risultato assolutamente naturale e molto gradito.

Nel 10% dei casi trattati nei primi tempi abbiamo constatato la formazione di noduli causati dall'incapsulamento di alcune particelle di silicone. Questi noduli regrediscono prontamente all'infiltrazione locale con cortisonici e ialuronidasi (Depo-Medol e Jaluran).

Oggi, questa complicanza si mostra in meno del 5% dei casi.

Essa peraltro rappresenta l'unica complicanza manifestatasi con l'utilizzo di questo prodotto, con questa tecnica.

Discussione

L'indicazione migliore per questo prodotto è, a nostro parere, la simulazione di tessuto osseo del viso, ed in particolare dell'arcata zigomatica (3, 4, 5). Infatti, l'iniezione in sede profonda permette di nascondere molto bene al tatto la presenza del prodotto. Inoltre, essendo il materiale simile ad un fluido, il chirurgo può sceglierne l'esatto posizionamento attraverso l'inoculazione, ed è molto utile nella correzione delle asimmetrie anche lievi. Nella sede di impianto, dopo un'iniziale risposta infiammatoria, una risposta cellulare sostituisce il PVP con fibre collagene. Pertanto il prodotto non va iniettato in ipercorrezione, perché il risultato immediato dell'impianto sarà poi quello definitivo.

Le particelle di polidimetilsilossano (silicone) restano definitivamente imprigionate *in situ* dal collagene autologo neoformato (Fig. 2).

L'utilizzo, che molti altri Autori prediligono, di protesi zigomatiche (oggi prodotte in tantissimi materiali), è a noi invisibile per vari motivi: il posizionamento di una protesi comporta un vero e proprio intervento chirurgico, anche se questo può essere condotto in anestesia locale; le protesi sono spesso fonte di insoddisfazione per la loro difficoltà di fissazione, per la loro facile percettibilità sottocutanea, per le asimmetrie esitanti e per la difficoltà di perfetto modellamento delle regioni malariche con questo tipo di ausilio chirurgico.

La rivoluzione di queste microprotesi iniettabili consiste nel fatto che il trattamento viene praticato in sede ambulatoriale, senza necessità di ricovero né di intervento chirurgico.

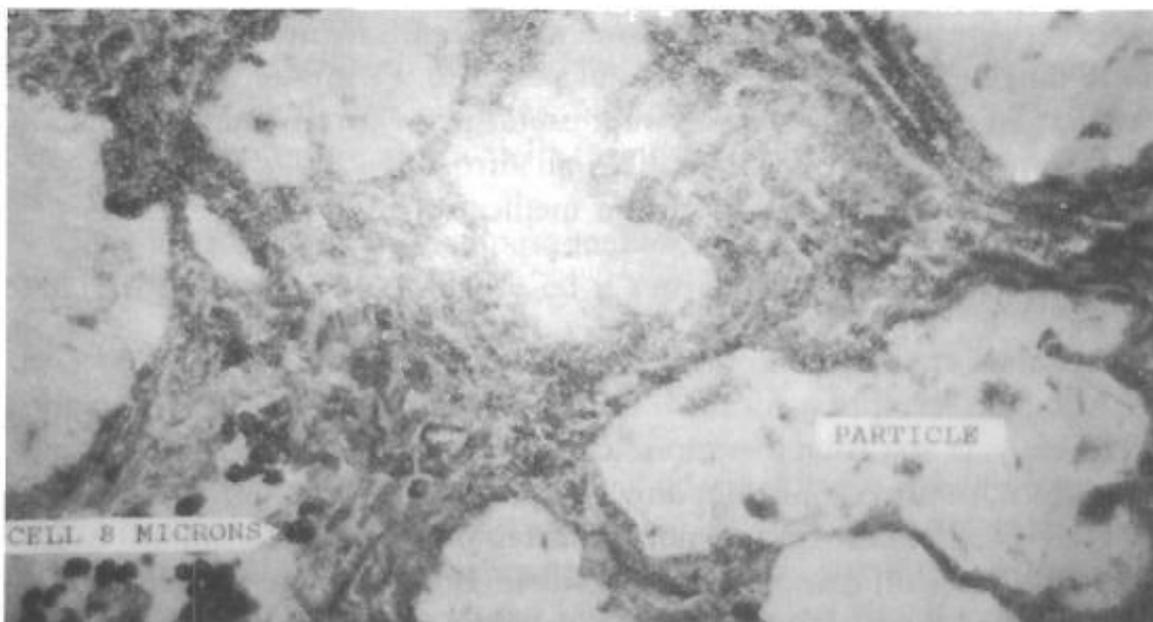


Fig. 2. - Un preparato istologico, a 5 anni dall'impianto. Si notano le microparticelle, singolarmente avvolte da fibre collagene.

Al termine del trattamento, il paziente può tornare alle sue normali occupazioni. La risoluzione dell'edema avviene entro poche ore, dato che il trauma è minito (Figg. 3a, 3b).



Fig. 3a. - Paziente di 22 anni. Visione di 3/4, preoperatorio.



Fig. 3b. - Postoperatorio. Impianto di 1cc di Bioplastique® per parte, nella regione zigomatica anteriore.

È un impianto ripetibile, per cui l'aumento della regione zigomatica può essere graduale e progressivo.

La malaroplastica additiva, associata alla rinoplastica, contribuisce all'armonizzazione del terzo medio del viso. Nei profili convessi è un indispensabile complemento alla profiloplastica (Figg. 4a, 4b).



Fig. 4a. - Paziente di 23 anni. Visione di profilo, preoperatorio.



Fig. 4b. - Postoperatorio. Rinoplastica, mentoplastica additiva, impianto di 1cc di Bioplastique® per parte, nella regione zigomatica anteriore.

Nei volti non più giovani, la correzione dell'ipoplasia zigomatica diventa parte integrante di una ritidectomia, anche se già fissando il lembo superiore dello SMAS sollevato sull'arco zigomatico si ottiene un riempimento dell'arco stesso (ma soprattutto nella parte laterale). La parte mediale dello zigomo, che in questi casi è normalmente la più gravemente compromessa, può essere trattata contemporaneamente al lifting, con questo tipo di impianto (Figg. 5a, 5b).



Fig. 5a. - Paziente di 58 anni. Visione di 3/4, preoperatorio.



Fig. 5b. - Postoperatorio. Ritidectomia cervicofacciale, blefaroplastica superiore, impianto di Icc di Bioplastique® per parte, nella regione zigomatica anteriore.

Conclusioni

I microgranuli di gel di silicone solido testurizzato sono un materiale molto maneggevole, semplice nell'uso e dà ottimi risultati con una percentuale assolutamente minima di complicanze lievi.

Pertanto rappresentano per noi il metodo d'elezione per la malareoplastica additiva.

Bibliografia

1. ERSEK R.A., BEISANG A.A., *Bioplastique: a new textured copolymer microparticle promises permances in soft-tissue augmentation*, *Plast. Reconstr. Surg.* 87: 693, 1991.
2. HINDERER U.T., *Profileplasty*, *Internat. Micr. J. Aesth. Plast. Surg.*, Card 1; n. 1, 1971.
3. SANTANCHÈ P., BONARRIGO C., *Un raro caso di sindrome di Barraquer-Simon (Descrizione, diagnosi differenziale e terapia chirurgica)*, *Riv. Ital. Chir. Plast.* 23: 291, 1991.
4. SANTANCHÈ P., BONARRIGO C., MONTI M.C., *Un caso di emiatrofia facciale incompleta: concorso di tecniche*, *Riv. Ital. Chir. Plast.* 25: 283, 1993.
5. SANTANCHÈ P., BONARRIGO C., in *Chirurgia Estetica* UTET ed. Torino, 1995, 155-191.
6. SPADAFORA A., DE LOS RIOS E., TOLEDO RIOS E., *Pomulos planos (platizigion): endoprotesis de polietileno insertadas por via subperiostica del arco cigomatico*, *Prensa Med. Argent.* 58: 1946, 1971.