

MORFOCHIRURGIA

# CHIRURGIA ESTETICA

Strategie preoperatorie  
Tecniche chirurgiche

volume primo  
FACCIA

N. Asurey / E. Bolivar de Souza Pinto / Y. Crassas / F. Ferrari  
G. Fischer / P. Fournier / A. Gliosci / F. Mangili / V. Micheli Pellegrini  
R. Modica / L. Ponti / O. Ramirez / H. Raspaldo / G.G. Rovera  
M. Rubin / P. Santanchè / E. Tardy jr. / R. Trazzi / G. Zaoli

A cura di  
F. Ferrari / I. Pitanguy

UTET

P. Santanchè, C. Bonarrigo

## Presentazione di tre casi clinici

### Caso n. 1

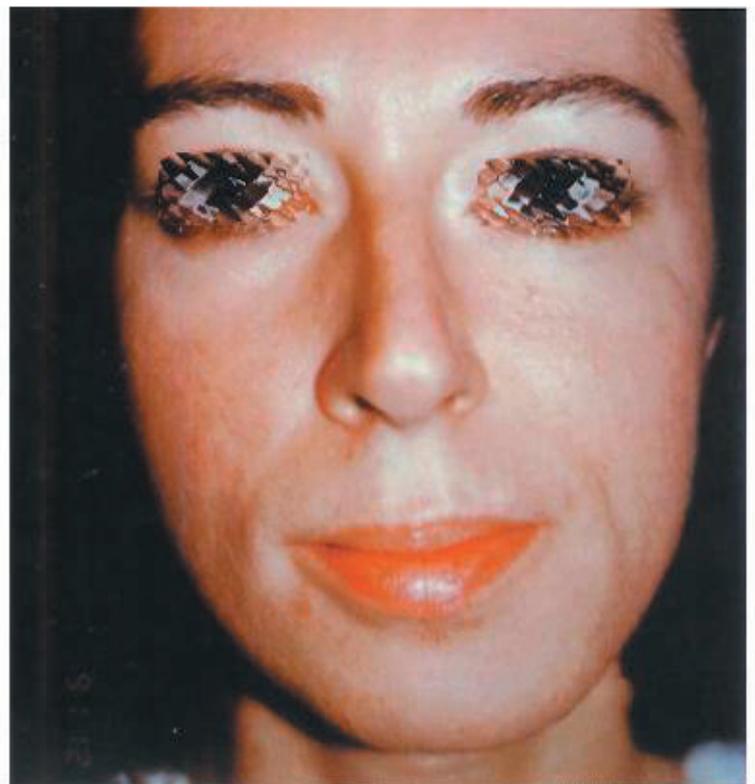
#### Valutazione clinica

Nazionalità italiana, sesso femminile, anni 31, professione medico.

Aspetto generale (Fig. 14.1A):

1. Il terzo superiore del viso si presenta normale, simmetrico, senza alterazioni morfologiche.
2. Il terzo medio del viso si presenta asimmetrico per un'ipotrofia dei tessuti molli della guancia sinistra e per un'ipotrofia dell'arco zigomatico omolaterale. Alla palpazione, lo spessore della plica cutaneo-adiposa risulta notevolmente ridotto; la componente ossea della zona zigomatica appare ipotrofica, agli RX è evidente una forte deviazione del complesso mascelare (Fig. 14.2); la componente muscolare è presente e appare normotrofica, mancando alterazioni della mimica; anche la componente nervosa sembra essere normale, sia nella funzione sensitiva, che in quella motrice, che in quella neurovegetativa.
3. Il terzo inferiore si presenta asimmetrico per un'ipo-

**Fig. 14.1** Caso n. 1. A. Foto preoperatoria, di fronte. B. Foto postoperatoria, di fronte.



trofia dei tessuti molli della parte sinistra con aumento del solco nasolabiale omolaterale, e soprattutto per un'anomalia di sviluppo della mandibola nelle sue componenti (branca ascendente e ramo orizzontale).

La paziente all'anamnesi riferisce di aver notato l'insorgenza di questa asimmetria del volto verso i 12 anni di vita. Con l'andare del tempo l'asimmetria si rivelava essere dovuta ad un processo ipotrofizzante progressivo.

Tale processo fu sin dall'inizio diffuso all'intero terzo medio e terzo inferiore dell'emiviso sinistro.

Verso i 20 anni ci fu un improvviso peggioramento della situazione, apparentemente senza alcuna causa esterna scatenante.

Questo fenomeno indusse la paziente a rivolgersi ad un Istituto di Chirurgia maxillo-facciale, dove le fu proposto un trattamento ortodontico, da completare in un secondo tempo con un trattamento chirurgico sull'osso mandibolare.

La paziente accettò il trattamento ortodontico, ma rifiutò quello chirurgico, spaventata dall'entità dell'intervento stesso e della convalescenza postchirurgica prospettata.

**Fig. 14.2** RX cranio.



## Aspettative del paziente

Prima della visita desiderava correggere il difetto osseo della mandibola, che la paziente riteneva essere il difetto estetico più evidente.

La nostra proposta è stata quella di considerare l'armonia dell'intero viso, correggendo sia il difetto osseo mandibolare, sia l'ipotrofia dei tessuti molli della guancia, sia l'ipotrofia del tessuto osseo malare. Questo ci avrebbe permesso di restituire simmetria al volto in tutte le sue componenti. Tale risultato vedeva la necessità di un concorso di tecniche chirurgiche per essere raggiunto.

Dopo la visita, presa coscienza dell'estensione del problema, la paziente si è dimostrata d'accordo con la nostra proposta.

## Indicazioni chirurgiche

La correzione dell'asimmetria di questo volto prevede:

1. Il modellamento della porzione ossea del mento.
2. Il riempimento dei tessuti molli della guancia sinistra.
3. Il riempimento dei tessuti molli del solco nasolabiale sinistro.
4. Il riempimento e modellamento dell'osso zigomatico sinistro.

I risultati di questo intervento sono visibili nella Fig. 14.1B.

## Tecniche e strategie chirurgiche

1° tempo operatorio (Fig. 14.3A):

- a) Modellamento del mento con resezione di eccesso osseo mediante fresa.
- b) Riempimento dei tessuti molli della guancia mediante autoinnesto adiposo.

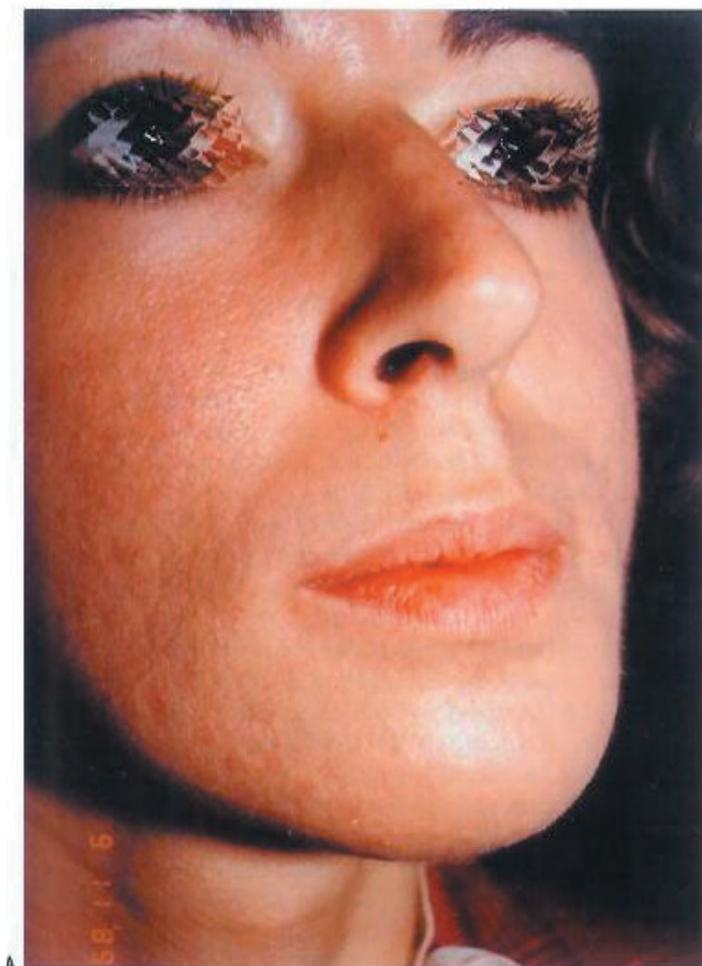
2° tempo operatorio (Fig. 14.3B):

- a) Riempimento dei tessuti molli del solco nasolabiale mediante impianto di Bioplastique®.
- b) Riempimento dei tessuti molli dello zigomo mediante impianto di Bioplastique®.
- c) Modellamento residuo del mento mediante impianto di Bioplastique®.

La scelta di suddividere questo intervento in 2 tempi è legata da una parte alla necessità – volendo ottimizzare il risultato estetico del terzo inferiore del viso utilizzando un impianto per il riempimento della parte controlaterale a quella operata – di lavorare su un sito non traumatizzato e quindi gonfio ma su tessuti idonei, e dall'altra alla possibilità di effettuare questo impianto in ambulatorio, senza ulteriori spese di sala operatoria per la paziente.

Per quanto riguarda le tecniche, spieghiamo che:

1. Per via endo-orale, con un'incisione praticata all'interno del labbro inferiore, a 0.5 cm dal fornice gengivale, si procede allo scollamento dei tessuti molli fino ad arrivare al periostio mandibolare, che viene anch'esso scollato fino a raggiungere il piano sottoperiosteo vero e proprio.



**Fig. 14.3** A. Risultato parziale al termine del 1° tempo operatorio. Di tre quarti.  
B. Risultato definitivo, di tre quarti.

**Fig. 14.4** La fresa chirurgica utilizzata.



Notevole attenzione dev'essere posta all'emergenza del nervo mandibolare in corrispondenza del II premolare inferiore.

A questo punto, evidenziato l'eccesso osseo da eliminare, si procede con una fresa chirurgica raffreddata ad acqua.

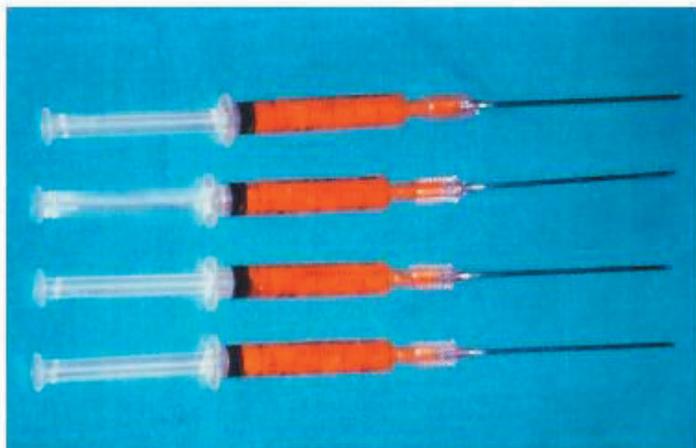
La fresa permette un'esecuzione di lavoro molto raffinata, e permette di controllare intraoperatoriamente l'entità del lavoro nel suo svolgersi fino al raggiungimento del risultato desiderato.

In questo caso abbiamo utilizzato una fresa a taglio incrociato grosso (per evitare l'impastamento della fresa stessa con la polvere d'osso) (Fig. 14.4) montata su un manipolo e collegata ad un motore da 12.000 giri.

È bene sempre raffreddare l'osso mediante acqua, quando si utilizza una fresa, per evitare il surriscaldamento dell'osso.

È molto importante, lavorando con una fresa, proteggere con adeguati strumenti tutti i tessuti molli circostanti: una loro eventuale interposizione tra l'osso e la fresa risulterebbe in un gravissimo strappamento di tali tessuti, con conseguenze disastrose.

2. La tecnica di autoinnesto adiposo è molto utile nel



**Fig. 14.5** Il materiale impiegato per il prelievo del grasso. La siringa, con lo speciale tappo, viene collegata ad un aspiratore chirurgico.

caso di necessità di riempimenti del volto di una certa entità.

Infatti, da una parte nella sua semplicità evita esiti antiestetici di scorrimento di lembi o di posizionamento di innesti dermo adiposi che sempre sono presenti nelle zone donatrici, e dall'altra evita l'impianto di grosse quantità di materiali alloplastici, non sempre graditi al paziente.

L'autoinnesto adiposo è l'unica tecnica di impianto di materiale autologo che non lascia esiti evidenti sia nella zona di prelievo (dove l'esito è rappresentato da un'incisione di 3 mm sempre eseguita in una zona nascosta del corpo) sia nella zona ricevente (dove l'innesto viene posizionato per iniezione con una siringa montata su un Abocatt 14 G), e per questo è sempre bene accettata dal paziente.

Viene eseguito sterilmente, in anestesia locale (in questo caso la paziente era in anestesia generale per la concomitanza dell'intervento sull'osso), prelevando il tessuto adiposo entro una grossa siringa (Fig. 14.5), che poi viene lasciata decantare per separare la quota cellulare adiposa dalla quota sieroematica e adiposa libera. Il grasso viene finalmente distribuito in siringhe da 2.5 o 5 ml e iniettato nelle zone da riempire (Fig. 14.6).

**Fig. 14.6** Il grasso viene distribuito in piccole siringhe su cui viene montato un Abocatt 14 G.



Il problema dell'autoinnesto adiposo è il fisiologico riassorbimento di parte di questo, che avviene nelle prime settimane. Per questo è necessario ipercorreggere intraoperatoriamente il difetto. Il gonfiore postoperatorio e l'ipercorrezione sono gli unici disagi che il paziente dovrà sopportare nelle prime settimane.

In questo caso abbiamo innestato 25 cc di tessuto adiposo.

3. Il Bioplastique® (Fig. 14.7) è un prodotto che è stato introdotto in Italia nel 1991. È composto da microgranuli di silicone testurizzati, del diametro di 80-500  $\mu\text{m}$ , veicolati da un gel fluido che viene escreto dall'emuntorio renale.

Viene fornito in siringhe da 0.5 cc preriempite prive di stantuffo, con un porta-siringa a pistola che consente di modulare la fuoriuscita del prodotto.

Noi iniettiamo il Bioplastique® con aghi da 23G  $\times$  1" 1/4 o da 22G  $\times$  1" 1/2, che, a differenza delle cannule fornite di serie, consentono impianti molto sottili ed omogenei.

Questo prodotto è molto utile per il riempimento di difetti dei tessuti molli, ma a nostro parere trova l'indicazione migliore nei difetti ossei. Infatti l'iniezione effettuata in sede molto profonda nasconde al tatto la presenza del materiale stesso.

Inoltre risulta estremamente utile in casi di asimmetrie del volto, come questo, potendo distribuire nella quantità voluta e nelle sedi desiderate il prodotto, mentre una protesi preformata non avrebbe permesso la stessa operazione.

Il Bioplastique® presenta inoltre l'enorme vantaggio di poter essere eseguito ambulatorialmente, senza anestesia, e non richiede al paziente nessun tipo di convalescenza. L'iniezione può essere ripetuta e quindi il trattamento può essere frazionato in più tempi.

I microgranuli di silicone possono organizzarsi a formare delle microcisti palpabili, e a volte anche visibili. Il trattamento di queste microcisti è semplice, purché immediato: è infatti sufficiente infiltrarle con piccolissime quantità di ialuronidasi associata a cortisonici (Jaluran + Depo-Medrol).

In questo caso abbiamo usato il Bioplastique® per il riempimento dello zigomo, del solco nasolabiale, e per una rifinitura del mento nella parte controlaterale a

**Fig. 14.7** La fiala di Bioplastique® montata sul suo iniettore.



quella trattata chirurgicamente, essendo residuata una leggera asimmetria. Abbiamo utilizzato 6 fiale di prodotto (pari a 3 cc).

### Trucchi e trabocchetti

È bene in questi casi di asimmetrie non lasciarsi prendere dall'entusiasmo della correzione: in un primo tempo è meglio ipocorreggere che ipercorreggere.

Questo vale soprattutto quando le correzioni apportate sono definitive.

Ad esempio:

- la correzione dell'osso: è bene ogni tanto interrompere l'intervento, rimuovere tutto lo strumentario dal campo operatorio, riposizionare i tessuti al loro posto e controllare che l'asportazione dell'osso sia conforme al risultato prefissato;
- il lipofilling: in questo caso è difficile prevedere la percentuale di riassorbimento di tessuto adiposo (che è variabile in relazione a diversi fattori: la qualità del tessuto aspirato, la percentuale di cellule integre presenti, la presenza di sangue, la sede di innesto, ecc.). Comunque una correzione successiva, in anestesia locale, è sempre possibile;
- il Bioplastique®: l'impianto, per quanto poco traumatico nella tecnica, produce nel giro di pochi minuti una reazione infiammatoria locale che si evidenzia con edema. Per questo è necessaria una certa abilità e rapidità di esecuzione nella tecnica. Dato che comunque anche il Bioplastique® è ripetibile nel tempo, meglio ipocorreggere e riservarsi di perfezionare il risultato in un secondo tempo, che ipercorreggere: questo prodotto infatti non è rimovibile dai tessuti se non con sacrificio dei tessuti stessi.

Per quanto riguarda i dettagli di tecnica, nella simulazione del tessuto osseo (mento, zigomi, mandibola) il Bioplastique® va iniettato molto profondamente, a contatto dell'osso: inserito l'ago a 45° rispetto al piano cutaneo, si raggiunge il piano osseo, quindi si prosegue tangenzialmente all'osso e si inocula con tecnica retrograda il prodotto, in tanti impianti omogenei e paralleli l'uno all'altro, dando la forma e il volume desiderati.

È ovviamente importante evitare le emergenze nervose.

### Discussione

La soluzione di prima scelta in questo caso specifico sarebbe stata un intervento di chirurgia maxillo-facciale, ma la paziente lo aveva rifiutato, pur avendo accettato il trattamento ortodontico funzionale.

La soluzione estetica ha visto il concorso di più tecniche, scelte – nel ventaglio di possibilità alternative – per la loro raffinatezza, a fronte di rischi molto bassi in mani esperte.

Tali tecniche ci hanno permesso di correggere non solo l'impalcatura ossea del viso, bensì anche il rivestimento dei tessuti molli, con soluzioni diverse a seconda dei territori da trattare.

La compliance del paziente a questo tipo di interven-

ti è sempre altissima, perché la situazione postoperatoria gli permette sempre di tornare alle sue normali occupazioni entro pochi giorni.

### Conclusioni

Abbiamo presentato un caso particolare di mentoplastica, certamente non di frequente riscontro, ma a nostro parere emblematico.

Oggi il chirurgo plastico ha molte possibilità di condotta terapeutica: la ricerca, gli studi sui materiali di impianto, l'introduzione dei biomateriali sono tutti elementi a sua disposizione.

Per contro, egli deve avere una mente duttile e versatile, capace allo stesso tempo di guardare all'insieme e ai particolari degli elementi, capace di avere soluzioni diverse e multiple per ogni problema, capace di scegliere l'orientamento terapeutico migliore per ogni singolo caso.

## ■ Caso n. 2

### Valutazione clinica

Nazionalità italiana, sesso femminile, anni 30, professione magistrato.

Aspetto generale (Fig. 14.8A e C):

- Volto dall'aspetto triste e stanco.
- Terzo superiore del volto: fronte alta, sguardo triste per caduta del canto esterno dell'occhio.
- Terzo medio: ipotrofia dei tessuti molli della regione zigomatica antero-mediale.
- Terzo inferiore: microgenia, presenza di doppio mento per adiposità localizzata sottomentoniera.

### Aspettative del paziente

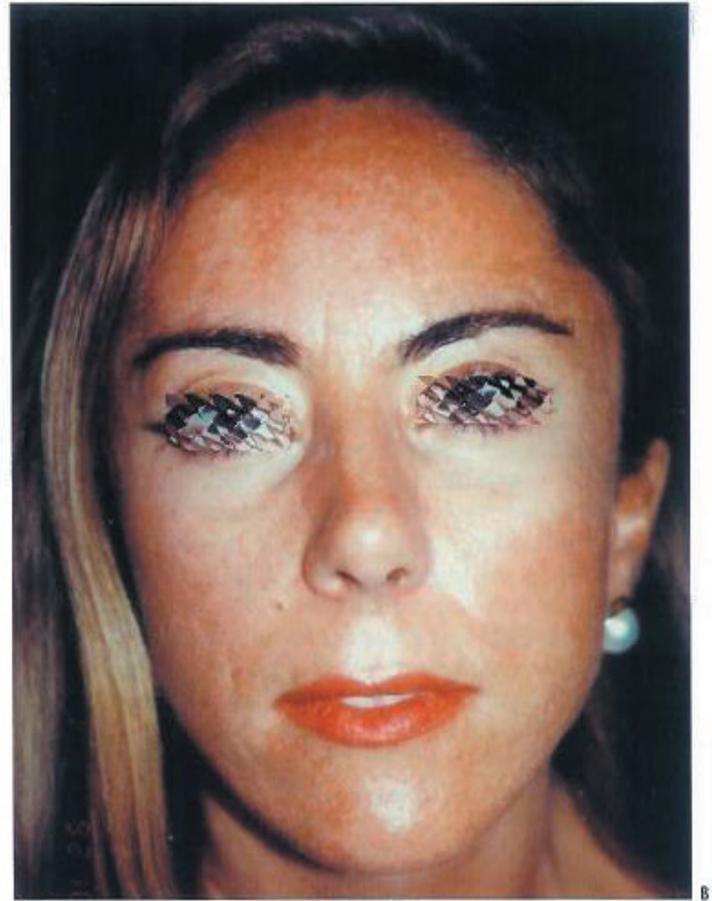
La paziente sentiva di avere un viso dall'espressione triste, che riteneva dipendere dallo sguardo "all'ingiù".

Infatti questa paziente aveva l'abitudine di trattenere in una crocchia molto tirata sulla nuca i capelli delle aree temporali, con l'effetto di allungare l'occhio e sollevare il canto esterno. A causa di questa cattiva abitudine si era verificato un diradamento dei capelli nelle aree suddette, per la sofferenza ischemica di quei bulbi piliferi.

Solo a questo punto, avendo la paziente capito di non poter proseguire in tali pratiche, si è rivolta ad un chirurgo plastico.

Tuttavia, ad un parere da esperto, lo sguardo triste non era l'unico difetto di questo viso, che mostrava da una parte i segni di un precoce invecchiamento (ipoplasia della regione zigomatica) e dall'altra un difetto congenito di sviluppo della mandibola.

Il desiderio della paziente, dopo la visita, diventa quello di avere un viso dalle giuste proporzioni, dall'aspetto riposato e gradevole.



**Fig. 14.8** Caso n. 2. Immagine preoperatoria (A) e postoperatoria (B), di fronte. Immagine preoperatoria (C) e postoperatoria (D), di profilo.

## Indicazioni chirurgiche

La correzione di questo viso prevede:

1. Terzo superiore del viso: lifting del canto esterno degli occhi per via coronale.
2. Terzo medio del viso: riempimento della regione zigomatica.
3. Terzo inferiore del viso: mentoplastica additiva, liposuzione sottomentoniera.

## Tecniche e strategie chirurgiche

1° tempo:

- a) lifting del canto esterno degli occhi;
- b) liposuzione sottomentoniera.

2° tempo:

- a) impianto di Bioplastique® in regione zigomatica;
- b) impianto di Bioplastique® in regione mentoniera.

I risultati sono visibili nella Fig. 14.8B e D.

La scelta della divisione in due tempi operatori è dovuta al fatto che, essendo l'impianto di Bioplastique® effettuabile in ambulatorio, di comune accordo con la paziente, non abbiamo voluto allungare i tempi operatori e di anestesia.

Per quanto riguarda i dettagli tecnici del prodotto e del suo impianto, si rimanda alla descrizione del caso precedente.

Abbiamo effettuato il lifting del canto esterno attraverso un'incisione coronale, facendo ruotare il cuoio capelluto in senso mediale, bilateralmente, ed eliminando l'eccedenza di tessuto in sede mediana anteriore e laterale posteriore bilaterale.

In corrispondenza del canto esterno, abbiamo effettuato uno scollamento sottoperiosteale, fino a sollevare il canto stesso, che abbiamo riposizionato più in alto.

Attraverso una piccolissima incisione al di sotto del mento si introduce una cannula di 2 mm di diametro per effettuare la liposuzione del collo.

In ambulatorio, montato un ago 21G sulla fiala di Bioplastique®, abbiamo iniettato 1.25 cc per parte di prodotto in regione zigomatica, e 1 cc di prodotto in regione mentoniera.

Con questa tecnica abbiamo aumentato le salienze ossee del viso della paziente, che risultavano deficitarie.

## Trucchi e trabocchetti

L'allungamento della rima palpebrale e il sollevamento del canto esterno dell'occhio sono interventi effettuabili anche per via palpebrale.

Tuttavia questa paziente non ci ha permesso di utilizzare questo accesso, in quanto preferiva non avere cicatrici sul volto.

Peraltro, la via coronale ci ha permesso di escidere le piccole aree di semialopecia che la paziente stessa si era procurata sottoponendo i capelli di queste zone a trazione continua.

È importante in casi come questo effettuare l'incisione qualche centimetro dietro la linea dei capelli: infatti l'escissione mediana dell'eccedenza di cuoio capelluto

che si crea facendo ruotare medialmente i lembi non deve arrivare a superare sulla fronte la linea d'inserzione dei bulbi piliferi, pena la presenza di una antiestetica cicatrice verticale sulla fronte.

Se c'è l'indicazione, approfittando dell'incisione coronale si può effettuare un lifting frontale: non in questo caso, in cui la fronte è già alta e il sopracciglio non è caduto.

Per quanto riguarda l'impianto di Bioplastique®, essendo questo prodotto una protesi non facilmente rimovibile, è bene procedere per gradi, valutando di volta in volta l'opportunità di proseguire nel trattamento, fino all'ottenimento del risultato desiderato.

Per la tecnica d'impianto, è bene inserire l'ago tenendo il becco di flauto rivolto in basso, verso l'osso, in modo da assicurarsi una maggiore maneggevolezza nell'impianto stesso.

Per la simulazione di tessuto osseo, l'impianto deve essere posizionato a contatto con l'osso: il piano osseo diventa pertanto un importante punto di repere per il chirurgo.

Nell'effettuare l'impianto bisogna ovviamente evitare le emergenze nervose.

## Discussione

È importante, nella valutazione di un viso, considerarne tutti gli elementi costitutivi.

Difficilmente il paziente che si rivolge al chirurgo plastico ha un'idea corretta dei suoi difetti: facilmente focalizza il problema su un solo particolare, reale o presunto.

Ad esempio, in questo caso c'era certamente anche un problema di sguardo, ma il miglioramento netto di questo viso si ha nel terzo inferiore del viso stesso, che dopo l'intervento ha acquisito le sue giuste proporzioni.

Il modellamento dello zigomo ha ridato luce e pienezza ad una zona del viso che spesso precocemente tradisce un'età non più giovanissima.

Lo zigomo, troppo spesso sottovalutato dai pazienti – e a volte anche dai chirurghi – è molto importante nell'armonia di un volto: la caduta dei tessuti molli e la loro ipotrofia che si verificano a partire dai 30 anni danno al viso un'espressione dura, stanca, patita.

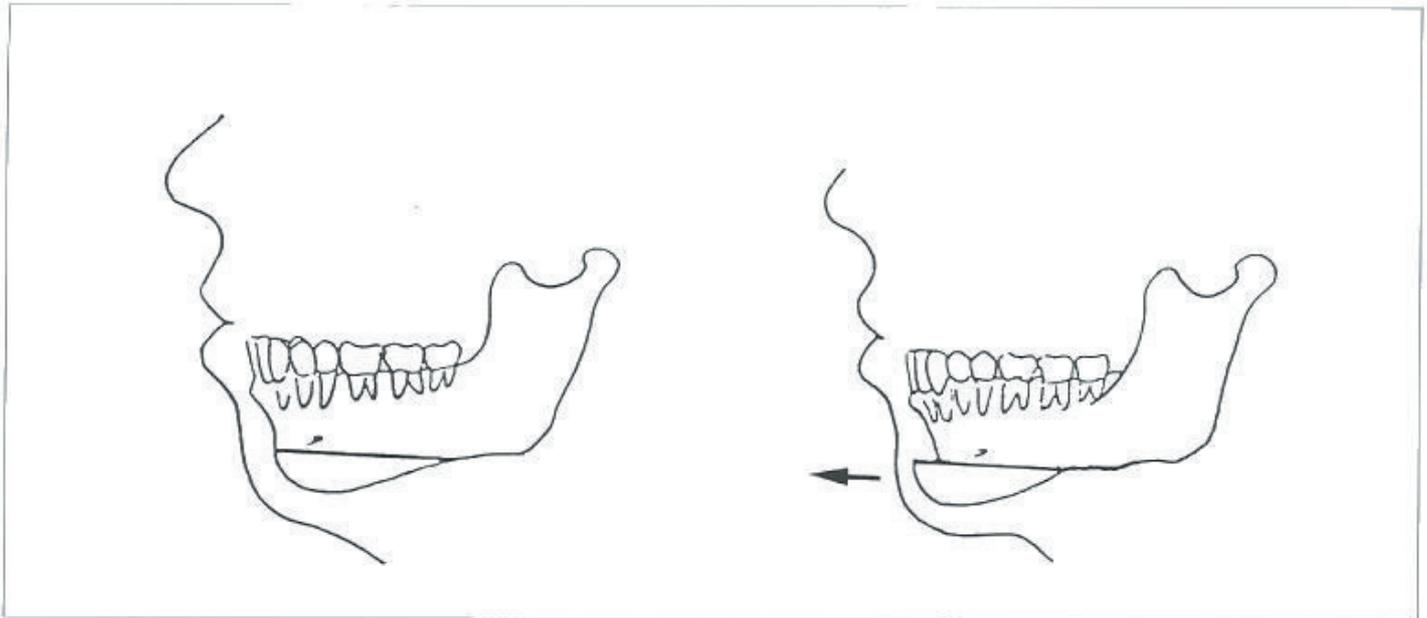
La mentoplastica additiva avrebbe potuto anche essere effettuata durante il primo tempo operatorio, impiantando una protesi preformata in silicone per via endo-orale.

Tuttavia la paziente ha preferito questa soluzione.

Ovviamente una mentoplastica estetica non risolve eventuali problemi funzionali di malocclusione: la chirurgia plastica si rivolge solo a quei casi – peraltro la maggioranza – di difetto estetico, laddove un intervento di chirurgia maxillo-facciale (avanzamento o *sliding* della mandibola) (Fig. 14.9) si rivela eccessivo rispetto alle proporzioni del difetto.

## Conclusioni

Anche questo caso dimostra come sia importante analizzare un viso nel suo insieme, alla ricerca di un'ar-



**Fig. 14.9** L'intervento di avanzamento della mandibola.

monia delle proporzioni, oltretutto analizzarlo nei suoi particolari.

Nella scelta dei metodi, inoltre, una variabile molto importante è rappresentata dal paziente: oggi il paziente è molto esigente, apparentemente molto informato – anche se spesso male informato –, sempre più desideroso di risultati perfetti nel più breve tempo possibile.

### ■ Caso n. 3

#### Valutazione clinica

Nazionalità italiana, sesso femminile, anni 18, professione studentessa.

Aspetto generale (Fig. 14.10A e C):

1. Il viso mostra un difetto di sviluppo della mandibola, per cui il mento appare corto (microgenia). Questo difetto è visibile sia nella proiezione di profilo, sia in quella di fronte, dove il terzo inferiore appare ridotto rispetto al resto del viso.
2. Per contro, il processo mascellare appare molto evidente, e la piramide nasale mostra un'altezza leggermente eccessiva.

Nel complesso, il profilo di questo volto risulta convesso, l'aspetto predominante è dato dal terzo medio del viso che appare proiettato in avanti, mentre il terzo superiore e soprattutto il terzo inferiore rimangono posizionati indietro.

#### Aspettative del paziente

La paziente si è rivolta al chirurgo plastico per migliorare l'aspetto del naso.

Come spesso capita, il paziente non riesce, da solo,

ad esaminare nell'insieme il suo viso: è come se fotografandosi mettesse a fuoco solo un dettaglio, un particolare, senza curarsi dello sfondo, che infatti rimane sfuocato.

In questo caso, l'elemento più evidentemente bisognoso di correzione è il mento: una mentoplastica additiva riporta alle giuste proporzioni il terzo inferiore del viso, e controbilancia lo sviluppo eccessivo del terzo medio.

La paziente invece pensava di poter sminuire l'importanza del terzo medio del suo viso semplicemente correggendo la forma del naso, cioè accorciandolo e abbassandolo.

Ma non aveva considerato che nessun naso, per quanto corto, avrebbe potuto compensare un mento così retroposto.

Presa coscienza di ciò, ha accettato la proposta di una profiloplastica.

#### Indicazioni chirurgiche

La correzione di questo volto prevede:

1. Terzo medio del viso: rinoplastica.
2. Terzo inferiore del viso: mentoplastica additiva.

#### Tecniche e strategie chirurgiche

In neuroleptoanalgnesia abbiamo effettuato una rinoplastica e una mentoplastica additiva mediante protesi in silicone preformata (Fig. 14.10B e D).

La protesi è stata posizionata per via endo-orale.

Le protesi in silicone sono tra le più usate per questo tipo di intervento.

Esistono vari tipi di protesi in silicone. Noi utilizziamo un modello di protesi in silicone solido e morbido, la cui caratteristica principale è quella di terminare



**Fig. 14.10** Caso n. 3. Immagine preoperatoria (A) e postoperatoria (B), di fronte. Immagine preoperatoria (C) e postoperatoria (D), di profilo.

con delle codette laterali molto affusolate (Fig. 14.11).

Questo permette alla protesi di diventare impercettibile al tatto e alla vista, essendo i suoi margini molto sfumati. Questo è un grosso vantaggio, perché evita quell'effetto ottico di interruzione della continuità del profilo della mandibola, che spesso tradisce la presenza di una protesi.

Per quanto riguarda la sede di posizionamento della protesi stessa, esistono due possibilità:

1. la sede sovraperiosteale;
2. la sede sottoperiosteale.

Essendo questa una protesi posizionata per simulare l'osso, essa dovrebbe essere posta in sede sottoperiosteale, in modo da essere tenuta ferma dal periostio ricucito al di sopra della protesi stessa (ammesso che la protesi sia molto piccola e si riesca a ricucire il periostio ribaltato sulla protesi stessa).

Tuttavia, la maggiore critica a questa sede deriva dal riassorbimento osseo che viene provocato dalla pressione della protesi stessa sull'osso deperiostato. Pertanto molti Autori preferiscono la sede sovraperiosteale.

Tuttavia, in questa sede, per quanto molto profonda, la protesi risulta più mobile, e quindi più facilmente reperibile al tatto.

Per questi motivi noi abbiamo adottato una tecnica mista: posizioniamo il corpo centrale della protesi in sede sovraperiosteale, fissandola al periostio mediante uno o due punti in Maxon 3/0, mentre infiliamo le codette laterali terminali al di sotto del periostio, dopo aver creato bilateralmente un tunnel laterale incidendo il periostio e scollandolo per creare una tasca di dimensioni adeguate.

In questo modo rispettiamo l'integrità dell'osso nella parte centrale, ove il maggior spessore della protesi può creare danni da riassorbimento eccessivo, mentre il posizionamento sottoperiosteale delle codette ci permette di ottenere un solido ancoraggio della protesi al-

l'osso e di nascondere definitivamente al tatto la presenza della protesi stessa.

In ogni caso, è molto importante posizionare al giusto livello la protesi: un posizionamento troppo alto risulta innaturale e rischia di creare un danno a livello dei processi alveolari dei denti, mentre un posizionamento troppo basso crea un allungamento verso il basso della mandibola e del mento e al tatto – se non anche alla vista – rivela la presenza della protesi.

È importante che la protesi venga posizionata il più in basso possibile, ma sempre considerando che il suo margine inferiore non deve oltrepassare il margine inferiore della mandibola.

Durante il posizionamento della protesi è molto importante fare attenzione all'emergenza del nervo mandibolare in corrispondenza del II premolare inferiore.

### **Trucchi e trabocchetti**

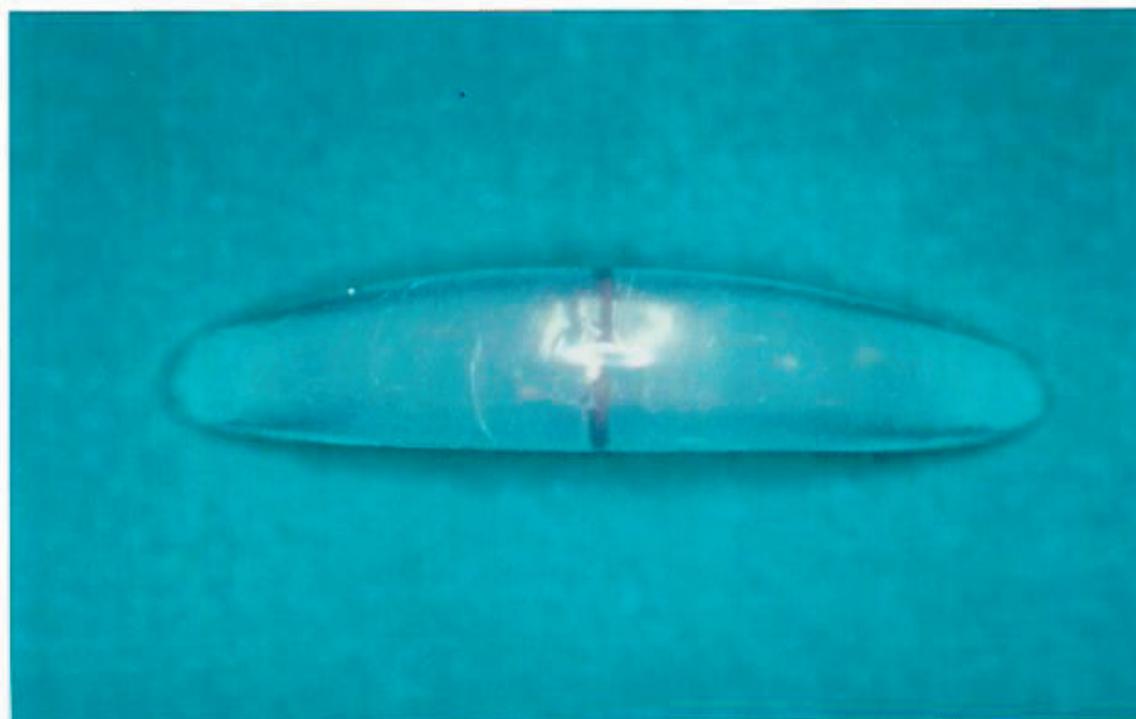
Nella profiloplastica la difficoltà sta nel calcolo esatto delle proporzioni.

Anche in questo caso, è sempre meglio ipocorreggere leggermente piuttosto che ipercorreggere: infatti l'intento non è quello di stravolgere un viso ma di renderlo più proporzionato, sempre permettendo al paziente di riconoscersi in esso.

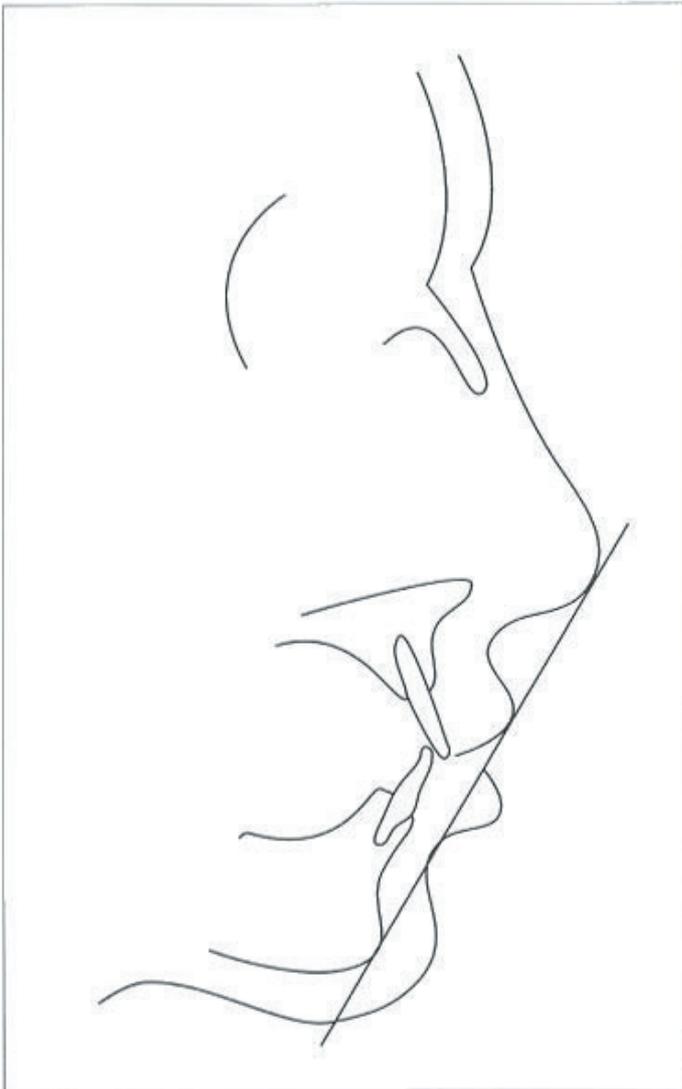
Dato che ben difficilmente il paziente si rende conto da solo della necessità di una mentoplastica additiva, facilmente non accetterà grosse modifiche strutturali.

Il vantaggio della protesi in silicone sta nel fatto che è facilmente rimovibile, se non è bene accettata dal paziente stesso.

Tuttavia, per quanto questa possibilità risulti molto gradita al paziente, non è mai capitato di dover rimuovere delle protesi.



**Fig. 14.11** Le protesi in silicone che noi utilizziamo.



**Fig. 14.12** Il mento osseo e la punta del naso sono congiungibili da una linea retta.

## Discussione

Le giuste proporzioni dei 2/3 inferiori del viso prevedono che la punta del naso e il punto di massima sporgenza del mento osseo siano congiungibili da una linea retta (Fig. 14.12).

Nel passato, l'osso prelevato dal gibbo nasale veniva utilizzato come innesto per il mento, durante una filoplastica.

Tuttavia, capitava che si sviluppassero delle cisti (Fig. 14.13) che rendevano necessaria la rimozione dell'innesto stesso. Come alternativa, si utilizzavano delle spugne in silicone, che però facilmente si dislocavano.



**Fig. 14.13** Complicanza di innesto d'osso: sviluppo di cisti recidivante.

Oggi le protesi e i materiali disponibili sul mercato sono moltissimi. Le nostre preferenze vanno al silicone, sia come protesi preformata, sia come granuli microstrutturati (Bioplastique®).

La differenza tra i due prodotti sta nel fatto che il Bioplastique® si integra nei tessuti e non è più rimovibile, se non con sacrificio dei tessuti stessi.

Per questo giudichiamo il Bioplastique® un prodotto di seconda scelta per la mentoplastica additiva, considerato il fatto che raramente il paziente si rivolge al chirurgo plastico per un problema di micrognatia, a meno di una richiesta specifica che denota una precisa volontà da parte del paziente stesso.

## Conclusioni

Nell'esame di un viso, il chirurgo plastico deve considerare che a volte non è la correzione di un unico grande difetto l'elemento che ristabilisce le giuste proporzioni, bensì la correzione simultanea di molteplici difetti minori.

## Bibliografia

- Aiach G, Cariou JL, Chalaye JC et al., *Le menton*, Paris, Masson, 1988.
- Baud C, *Harmonie du visage*, Paris, Librairie Maloine SA, 1971, 2<sup>a</sup> ed.
- Caprioglio D, Falconi R, Gambacorta G et al., *Il volto e l'armonia*, Milano, Asclepio, 1993.
- Giachero E, *Materiali sintetici in chirurgia plastica*, Torino, Cortina, 1992.
- Jost G, *Atlas de chirurgie esthétique plastique*, Paris, Masson, 1988, 2<sup>a</sup> ed.