

Patologie trattate:

- **Patologie dell'articolazione temporomandibolare, rumori articolari, deficit di apertura della bocca, dolore facciale, dolore non di origine odontogena.**
- chirurgia aperta dell'articolazione temporo mandibolare per fratture, anomalie funzionali gravi, ipercondilie e neoplasie
- chirurgia ortognatica per la correzione delle malocclusioni e delle deformità dei mascellari
- chirurgia dell'orbita oculare (malformazioni, traumi, tumori, estetica)
- chirurgia ricostruttiva ossea dei mascellari per riabilitazioni implanto-protetiche e più ampiamente delle ricostruzioni dello scheletro facciale
- chirurgia orale: denti inclusi, chirurgia periapicale (cisti e granulomi), Implantologia, rialzo del pavimento del seno mascellare
- chirurgia delle patologie infiammatorie e infezioni dei mascellari, dei seni paranasali e della faccia incluse sinusiti e poliposi
- Patologie dell'apparato respiratorio
- chirurgia delle ghiandole salivari
- traumatologia della faccia, del naso, della bocca e dell'apparato dento-scheletrico maxillo facciale; inclusi gli esiti cioè le conseguenze a distanza di traumi facciali (le alterazioni di forma o le anomalie funzionali che possono derivare da traumi di tutte le parti della faccia), **cicatrici**.
- **chirurgia estetica: blefaroplastica, lifting, rinoplastica, otoplastica, mento, labbra, botox e filler.**

DESCRIZIONE DELLE PATOLOGIE CHE RICHIEDONO CHIRURGIA MINI INVASIVA:

SINDROME ALGICO DISFUNZIONALE DELL'ARTICOLAZIONE TEMPORO MANDIBOLARE:

La triade sintomatologica caratteristica è rappresentata da dolore (localizzato in regione pre-auricolare o diffuso a livello dei muscoli masticatori, dolore in regione mandibolare e parietale); rumori articolari (click in apertura e chiusura); limitazione dell'apertura della bocca.

La maggior parte dei pazienti, tuttavia, giunge all'osservazione clinica con un quadro sintomatologico ben più complesso, assai lontano dal solo dolore localizzato. Non infrequentemente, infatti, è presente cefalea con caratteristiche peculiari e di grado variabile:

cervicalgia; dolore oro-facciale atipico; acufeni.

Il decorso clinico dei disordini temporo-mandibolari non riflette generalmente una malattia progressiva; piuttosto appare come un complesso sindromico articolato alimentato da numerosi fattori di disturbo. L'obiettivo principale del trattamento in quest'ottica è essenzialmente rappresentato dal ridurre la sintomatologia dolorosa e ripristinare la funzionalità della mandibola.

Il trattamento è nell'80% dei casi non chirurgico in cui ci si avvale di farmacoterapia, utilizzo di splint ortodontici, fisioterapia e dell'artrocentesi.

L'artrocentesi è definita come un lavaggio a cielo chiuso del compartimento superiore dell'articolazione temporo- mandibolare mediante l'uso di una soluzione salina e con l'ausilio di due aghi che fungono da ingresso ed uscita dell'ago.

Il razionale dell' artrocentesi consiste, quindi, nel fatto che il flusso a pressione costante che attraversa l'articolazione temporo - mandibolare sia in grado di rimuovere cataboliti e sostanze pro- infiammatorie e favorisca la rimozione di eventuali aderenze con conseguente mobilitazione del disco articolare mediante la distensione della capsula. Inoltre, è stato dimostrato che associare all'artrocentesi l'iniezione di dispositivi visco- suppletivi come l'acido ialuronico può conferire un valore aggiunto alla metodica, verosimilmente attraverso la riduzione della viscosità intra- articolare

Artrocentesi

Si tratta del lavaggio del comparto superiore articolare con soluzione fisiologica, previa anestesia locale, tramite due aghi da infusione inseriti nell'articolazione attraverso la cute, creando un circuito continuo di lavaggio (da un ago si inietta l'acqua, dall'altro esce). E' la metodica più semplice e meno invasiva a nostra disposizione per il trattamento delle disfunzioni temporo-mandibolari.

La procedura si propone di restituire al disco articolare la sua normale mobilità iniettando acqua tra il tetto della cavità articolare e il disco stesso

I giorni seguenti la procedura è importante portare la placca oclusale (bite) che contribuisce a mettere a riposo l'articolazione, assumere una dieta morbida ed eseguire gli esercizi di fisioterapia contro resistenza consigliati dal medico.

E' una procedura rapida, eseguibile ambulatorialmente, senza rischi di effetti collaterali dovuti a farmaci, poiché si utilizza solo acqua sterile, oltre alla comune anestesia locale nella sede di iniezione. In compenso, ha una buona percentuale di successi, specialmente per quanto riguarda l'apertura della bocca e i rumori articolari, in particolare nelle patologie presenti da non troppo tempo. Inoltre, può essere ripetuta più volte nel corso della vita di un paziente, per cui rappresenta non di rado la terapia di scelta per molte persone che vi si sottopongono in occasione del riacutizzarsi, solitamente ogni 1 - 2 anni, della propria patologia articolare.

Tra le conseguenze della procedura si possono annotare: gonfiore in sede di iniezione per accumulo di acqua sotto la cute, che si risolve spontaneamente dopo poche ore/giorni. Il dolore non è frequente ed è controllabile con terapia analgesica. Più spesso è presente un senso di indolenzimento, accompagnato dalla presenza di acqua nel condotto uditivo, che si riassorbe nel giro di qualche giorno.

Si sono verificati talvolta casi di anestesia della parte circostante per diffusione dell'anestetico locale. Talvolta può venire interessato il nervo facciale, con conseguente difficoltà a muovere le palpebre, la fronte o le labbra; ha effetto temporaneo (qualche ora).

dall'occlusione i denti omolaterali. Anche questo è un effetto temporaneo.

Non sono riportati in letteratura casi di infezione dell'ATM dopo artrocentesi, ma questo evento è teoricamente possibile. Per questo motivo, si esegue sempre un trattamento antibiotico di copertura.

Revisioni di cicatrici:

Nessuna cicatrice può essere completamente rimossa, talvolta però può essere migliorata attraverso procedure mediche o revisioni chirurgiche.

È importante ricordare che le cicatrici hanno un tempo di maturazione che non è mai inferiore ai 6 mesi e quindi bisogna sempre attendere questo tempo prima di procedere ad una valutazione definitiva.

Ogni situazione rappresenta un caso clinico a se stante e quindi va valutata singolarmente dallo specialista.

Tutti gli interventi chirurgici portano con sé un minimo di imprevedibilità e di rischio

Per quando la revisione di una cicatrice sia una procedura sicura, sono sempre possibili le complicanze. Tra queste l'infezione e la possibile recidiva di una cattiva cicatrice

Cheloidi

I cheloidi sono cicatrici rilevate, rosse, spesse e di consistenza dura che superano sempre i margini della ferita. Se quest'ultimo elemento non si verifica, non sono cheloidi ma cicatrici ipertrofiche. Si possono manifestare in ogni regione del corpo, ma più frequentemente appaiono nelle aree dello sterno, del deltoide (braccio) e dei lobi auricolari. Si manifestano più spesso nelle persone di razza nera.

Tendono a dare prurito e a crescere per un lungo periodo e non hanno mai regressione spontanea. Il loro trattamento è basato sull'infiltrazione locale di steroidi, sulla compressione mediante speciali bendaggi. La chirurgia è riservata a situazioni e casi specifici perché un trattamento chirurgico incongruo può determinare un cheloide di dimensioni maggiori di quello asportato

Cicatrici ipertrofiche

Molto spesso le cicatrici ipertrofiche sono confuse con i cheloidi in quanto anch'esse hanno un aspetto rilevato, sono di consistenza dura e di colore rosso, ma i margini di tali cicatrici non superano mai in larghezza i bordi della ferita. Hanno tendenza al miglioramento spontaneo nel corso del tempo e possono comunque essere trattate con infiltrazioni di steroidi e massoterapia. Sono spesso suscettibili anche di trattamento chirurgico che viene normalmente eseguito in anestesia locale ed in regime ambulatoriale

Cicatrici da ustione

Le cicatrici da ustione purtroppo sono cicatrici che oltre a determinare importanti inestetismi, causano anche "briglie" di contrattura che impediscono la corretta funzionalità dell'area interessata (ad es.: pieghe del gomito, dell'ascella, retrazioni palpebrali, etc).

L'intervento chirurgico riabilitativo è volto essenzialmente alla correzione di tale funzionalità e può essere eseguito con tecniche più semplici, come le plastiche di vicinanza (plastica a "Z" a "V-Y", a "W" multipla, etc) o con l'impiego di espansori tissutali a seconda del tipo e dell'ampiezza del difetto da correggere. Gli esiti cosmetici risultano comunque molto insoddisfacenti per i pazienti.

L'intervento chirurgico

Plastiche a "Z", a "V-Y", a "W" multipla

Le Plastiche a "Z", a "V-Y" e a "W" multipla sono fra le tecniche di base più utilizzate per la correzione di cicatrici retraenti. Con talie tecniche si provvede a cambiare la direzione

di una cicatrice e ad allungarla. Si procede con un'incisione comprendente l'asportazione della vecchia cicatrice e con la confezione di una nuova cicatrice che risulterà essere meno visibile della precedente.

Tali metodiche vengono di regola eseguite in anestesia locale e non richiedono ricovero.