

## **Informazioni per intervento di chirurgia ortognatica (Dott. Lancellotti)**

La chirurgia ortognatica è quella branca della chirurgia maxillo-facciale che si occupa della diagnosi e del trattamento delle dismorfosi dento-scheletriche, con l'obiettivo di raggiungere una buona occlusione dentale ed una maggiore armonia estetica del volto del paziente.

L'intervento chirurgico prevede l'esecuzione di osteotomie dei mascellari che permettano lo spostamento degli stessi nella posizione tridimensionalmente più corretta; oggi ogni intervento chirurgico viene simulato virtualmente al computer a partire dai dati TC, per ottenere il piano terapeutico più adatto per il paziente. In alcuni casi prevalgono le motivazioni estetiche, in altri le esigenze funzionali; in ogni caso, la correzione deve necessariamente tenere conto dei due aspetti. Gli interventi, ed i relativi spostamenti chirurgici, possono coinvolgere il mascellare superiore, la mandibola, il mento; questi possono essere eseguiti singolarmente od associati tra loro in vario modo. L'intervento sul mento (mentoplastica) in alcuni casi può o deve essere eseguito in contemporanea con gli spostamenti del mascellare e/o della mandibola, in altri casi è preferibile rinviare la mentoplastica di almeno 6 mesi. In casi selezionati, può essere eseguito, in associazione con gli interventi di chirurgia ortognatica, anche un intervento di rinoplastica. In alcuni casi può anche essere necessario un innesto d'osso.

### **POTENZIALI BENEFICI DI UN INTERVENTO CHIRURGICO**

Prima dell'intervento è stato eseguito un trattamento ortodontico di preparazione, mediante il quale i denti sono stati opportunamente spostati in modo da giungere, dopo l'intervento, ad una occlusione ideale.

Il potenziale vantaggio del trattamento proposto è quindi la correzione chirurgica della malocclusione (e dei problemi annessi di masticazione, fonazione) e in concomitanza anche un miglioramento dell'estetica del volto mediante armonizzazione del profilo

---

Paziente:

intervento chirurgico programmato il

Lo studio clinico e radiografico del suo caso ha evidenziato che lei è affetto da dismorfia dento scheletrica con le seguenti caratteristiche:

....

L'intervento programmato nel suo caso specifico consiste in:

1. OSTEOTOMIA DEL MASCELLARE SUPERIORE
2. OSTEOTOMIA SAGITTALE DEI RAMI MANDIBOLARI PER RIPOSIZIONAMENTO DEL CORPO MANDIBOLARE IN NEO OCCLUSIONE COMPATIBILE CON LA PREPARAZIONE ORTODONTICA DELLE ARCATE DENTALI
3. +/- MENTOPLASTICA

Gli interventi di chirurgia ortognatica vengono sempre eseguiti per via endorale senza cicatrici esterne; tranne in caso di necessità l'effettuazione di una piccola ferita in regione della guancia bilateralmente per il passaggio del sistema di posizionamento delle viti bicorticali transbuccale. Nella maggior parte dei casi si prevede un bloccaggio intermascellare elastico per le prime 48 ore, successivamente verranno posizionati gli elastici intermascellari a chiudere le arcate a denti stretti sulla guida di alcuni elastici e di un sottile splint (bite) in resina legato all'arcata superiore. Solamente in alcuni casi particolari si potrà o si dovrà far ricorso ad un periodo di bloccaggio intermascellare variabile da 7 a 40 giorni. In ogni caso, l'alimentazione dovrà essere rigorosamente frullata per 4 settimane.

In genere dopo 1 mese di bloccaggio elastico l'ortodontista potrà iniziare il trattamento ortodontico post operatorio di stabilizzazione. Nell'immediato post-operatorio possono verificarsi ematomi o sanguinamenti, peraltro facilmente controllabili; l'edema è la regola e potrà essere più o meno marcato a seconda del tipo di intervento e/o della risposta del singolo paziente. Per le prime ore potrebbe essere posizionato un sondino naso gastrico per tenere vuoto lo stomaco e ridurre il vomito post-operatorio. Il risultato estetico è prevedibile, in linea generale, sulla scorta di casi simili

operati in precedenza e sui tracciati profilometrici di previsione, ma non può essere predicibile al 100 %. Il risultato occlusale ottimale è raggiungibile ed è compatibile con la preparazione ortodontica sulla scorta dello studio dei modelli in gesso, tuttavia potrà richiedere un periodo più o meno lungo di terapia ortodontica post-operatoria, per il mantenimento del risultato stesso. In ogni caso, il rischio di una recidiva (v. oltre) non può mai essere escluso.

## **INTERVENTO CHIRURGICO MASCELLARE SUPERIORE**

Nel suo caso specifico è stato programmato un intervento chirurgico di osteotomia del mascellare superiore segmentato. Consiste in una sezione ossea lineare che parte dalla parete laterale del naso, interessa orizzontalmente la parete anteriore del mascellare, passa sotto lo zigomo ed arriva fino alla tuberosità mascellare, dove questa viene separata dalla base del cranio (sfenoide). Dopo aver sezionato la base del setto nasale, il mascellare viene completamente mobilizzato e spostato nelle direzioni programmate; anche in questo caso, la fissazione avviene con placche in titanio. Il mascellare superiore può, quando indicato, essere contestualmente suddiviso in più frammenti allo scopo di espandere o livellare l'arcata dentaria, mediante osteotomie aggiuntive passanti tra le radici di due denti vicini.

## **INTERVENTO CHIRURGICO MANDIBOLARE**

Nel suo caso specifico è stato programmato un intervento chirurgico di osteotomia sagittale mandibolare bilaterale. Si tratta di eseguire una sezione ossea in corrispondenza dell'angolo e del ramo mandibolare, con la quale la porzione anteriore della mandibola, dove si trovano i denti, viene mobilizzata e posizionata nella sede voluta e qui fissata con viti o placche in titanio. L'intervento viene eseguito per via endorale senza pertanto cicatrici cutanee (occasionalmente può essere necessario una piccola incisione cutanea nella guancia per potere posizionare delle viti cosiddette bicorticali).

**Le complicanze della chirurgia ortognatica** possono essere intraoperatorie, postoperatorie precoci e postoperatorie tardive.

**Intraoperatorie.** Fratture indesiderate, lesioni della mucosa, vascolari o nervose, lesioni dentarie o parodontali, rottura dell'apparecchio ortodontico; sono tutte situazioni particolari che possono richiedere modifiche della tecnica chirurgica, a seconda dei casi.

**Postoperatorie precoci.** Deiscenza delle suture, rottura dell'apparecchio ortodontico, perdita del risultato oclusale raggiunto, osteiti, ritardi di consolidamento; queste evenienze possono richiedere terapie mediche, ortodontiche, o, in rari casi, un reintervento.

**Postoperatorie tardive.**

1) Disturbi neurosensoriali. Possono interessare il nervo infraorbitario se viene eseguito un intervento sul mascellare superiore o il nervo mandibolare se viene eseguito un intervento sulla mandibola o sul mento. Solitamente nelle prime settimane si ha una perdita o una diminuzione della sensibilità del labbro inferiore e/o superiore. In genere, la sensibilità viene recuperata quasi sempre al 100 % al labbro superiore, mentre possono rimanere dei disturbi della sensibilità del labbro inferiore, soggettivamente percepibili, con una percentuale variabile tra il 5 e il 10 %.

2) Disturbi dell'articolazione temporomandibolare. Di norma, la funzionalità dell'articolazione temporo- mandibolare migliora dopo gli interventi di chirurgia ortognatica. In ogni caso vengono sempre adottati tutti gli accorgimenti tecnici necessari per evitare problemi alle articolazioni; nonostante ciò, in linea teorica, non si possono escludere fastidi a livello delle articolazioni temporo- mandibolari (rumori, dolori, incoordinazioni e dislocazioni meniscali), che potranno richiedere un trattamento medico o fisioterapico.

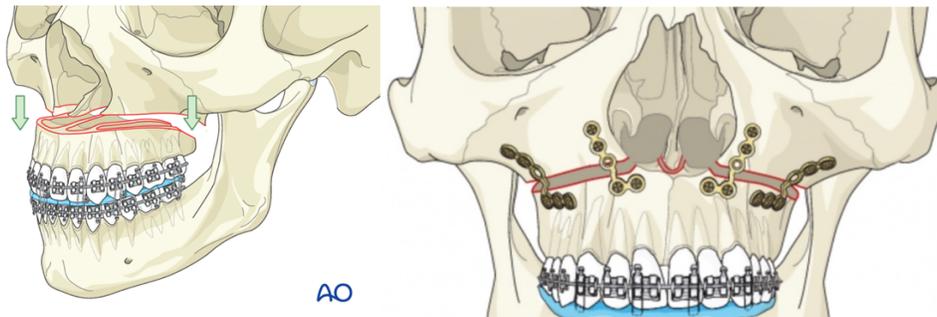
3) Recidiva. Per recidiva si intende la perdita del risultato oclusale raggiunto subito al termine dell'intervento chirurgico, con uno spostamento superiore a 2 mm. Può essere dovuta a cause muscolari, scheletriche, oclusali (mancato adattamento neuro-muscolare), incompleta contenzione, e non compromette

quasi mai, o comunque in minima parte, il risultato estetico finale. E' possibile il mancato consolidamento delle basi ossee per il verificarsi di pseudoartrosi delle fratture chirurgiche e la flogosi dei mezzi di osteosintesi, ciò può richiedere un re-intervento precoce o tardivo. La recidiva può comparire a distanza di mesi o di anni dall'intervento e può richiedere un supplemento di terapia ortodontica o, in alcuni rari casi, anche un ulteriore intervento.

4) asimmetria scheletrica e dentale residua del mascellare superiore e soprattutto della mandibola in presenza di diagnosi iniziale di asimmetria mandibolare.

L'intervento chirurgico è vincolato dalla preparazione ortodontica delle arcate dentali, eventuali imperfezioni della neo-occlusione post chirurgica dovranno essere perfezionate dal trattamento ortodontico nei mesi successivi all'intervento, la durata della fase di perfezionamento è variabile e dipenderà dall'entità del difetto residuo.

Osteotomia del mascellare superiore ed osteosintesi con placche e viti in titanio



osteotomia della mandibola ed osteosintesi con placche e viti in titanio

