



## LE PIÙ COMUNI LESIONI CUTANEE SOSPETTE DELLA FACCIA

*Sabato 9 marzo 2013 – ore 8.30-13.30  
Sala Girardi - PIME  
Via Mosè Bianchi 94 – Milano*

*Evento n. 1834-55041  
Crediti n. 5*

# *Le più comuni lesioni cutanee sospette della faccia*

*Sabato 9 marzo 2013 – ore 8.30-13.30*

*Sala Girardi - PIME*

*Via Mosè Bianchi 94 – Milano*

## ***Coordinatori***

*Prof. Federico Biglioli*

Direttore Scuola di Specializzazione e  
U.O. di Chirurgia Maxillo-Facciale A.O. San Paolo – Università degli  
Studi di Milano

*Prof. Silvano Menni*

Direttore Cattedra e U.O. di Dermatologia – A.O. San Paolo  
Università degli Studi di Milano

## ***Programma***

- 8.30-9.00 *Registrazione Partecipanti*
- 9.00-9.15 *Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano o di altro Consigliere da lui delegato*
- 9.15-9.25 *Prof. Silvano Menni*  
*Frequenza delle lesioni cutanee tumorali del viso*
- 9.25-10.05 *Dott. Amilcare Cerri*  
Ricercatore Universitario – Cattedra e U.O. di Dermatologia  
A.O. San Paolo – Milano  
*Che tipo di lesioni aspettarsi*
- 10.05-10.45 *Dott. Lorenzo Gualandri*  
Dirigente Medico – U.O. di Dermatologia – A.O. San Paolo – Milano  
*Come prevenirle e come curarle*
- 10.45-11.15 *Intervallo*

- 11.15-11.40 *Prof. Federico Biglioli*  
*Programmazione del trattamento chirurgico*  
*Trattamento delle lesioni delle labbra*
- 11.40-12.00 *Dott. Luca Autelitano*  
Direttore – U.O.Semplice di Chirurgia Malformativa e Dismorfosi  
della Faccia A.O. San Paolo – Milano  
*Trattamento delle lesioni del cuoio capelluto e della fronte*
- 12.00-12.20 *Dott. Giacomo Colletti*  
Dirigente Medico – U.O. di Chirurgia Maxillo-Facciale  
A.O. San Paolo – Milano  
*Trattamento delle lesioni del naso e delle palpebre*
- 12.20-12.40 *Dott. Dimitri Rabbiosi*  
Dirigente Medico – U.O. di Chirurgia Maxillo Facciale  
A.O. San Paolo – Milano  
*Trattamento delle lesioni laterali della faccia*
- 12.40-13.30 *Discussione e compilazione schede di valutazione e di verifica*

# FREQUENZA DELLE LESIONI CUTANEE TUMORALI DEL VISO

*Prof. Silvano Menni*

Direttore Cattedra e U.O. di Dermatologia - A.O. San Paolo  
Università degli Studi di Milano

I tumori cutanei maligni non melanocitari (NMSC), termine che viene utilizzato essenzialmente per definire il carcinoma basocellulare (BCC) e il carcinoma squamocellulare (SCC), sono i tumori più frequenti del viso nella razza caucasica. Anche se raggruppati sotto lo stesso termine, si tratta di 2 tumori con notevoli differenze dal punto di vista eziopatogenetico, del decorso clinico e delle strategie terapeutiche e hanno una rilevanza epidemiologica molto diversa in relazione alla latitudine, all'etnia e all'età. L'American Cancer Society stima che attualmente in USA vengono diagnosticati ogni anno 2.000.000 di casi di carcinomi cutanei (80% carcinomi basocellulari, 20% squamocellulari). È segnalato un aumento di incidenza dei NMSC del 3-8% all'anno in tutto il mondo dal 1960 e addirittura del 10% all'anno per i BCC. Si stima che il 50% dei bianchi sopra i 60 aa svilupperà un carcinoma cutaneo.

Dal rapporto dei Tumori in Italia del 2009, il tasso di incidenza medio annuo (2003-2005) è di 120 casi per 100.000 di BCC e di 91,3 casi per 100.000 di SCC per 100.000 e il rischio di avere una diagnosi di carcinoma cutaneo nel corso della vita tra 0 e 74 aa è di 64,7% negli uomini, pari a 1 caso ogni 16 uomini e 40,8% nelle donne, pari a 1 caso ogni 14 donne.

Purtroppo non si hanno a disposizione dati epidemiologici accurati e in molti paesi queste neoplasie non sono incluse nei registri dei tumori. Inoltre per i carcinomi cutanei, caratterizzati da iter diagnostico-terapeutici che non prevedono il R.O. la registrazione è parziale e con livelli di completezza diversi da registro a registro.

Il rischio di sviluppare NMSC è legato a più fattori. L'incidenza aumenta con l'età (più dell'80% dei casi riguarda persone di oltre 60 aa) anche se è dimostrato un aumento di incidenza nei giovani.

Il fattore di rischio più importante è l'esposizione ai RUV, soprattutto in soggetti residenti in ambienti con irradiazione solare elevata (correlata con la latitudine), con pelle, capelli e occhi chiari, con una maggiore frequenza di tumori al viso e collo.

L'effetto dei RUV è più grande nei SCC, legato ad un effetto di cumulo, mentre nei BCC è meno dimostrato, con un legame con l'esposizione intermittente ai RUV nell'infanzia.

La presenza di NMSC in sedi poco esposte alla luce conferma che esistono altri fattori di rischio ambientali(HPV, immunosoppressione, arsenico) e genetici(mutazioni del gene p53 nei BCC della testa e collo, affezioni geneticamente determinate che interferiscono con la capacità di riparazione del DNA danneggiato da RUV).

Fra i fattori che possono favorire l'insorgenza di SCC ci sono le cheratosi attiniche, da considerare la fase iniziale "in situ" di SCC. Si tratta di lesioni che colpiscono prevalentemente testa, viso, collo, avambracci e sono chiaramente legate con il fototipo chiaro, l'età, il tempo di esposizione al sole. Cheratosi attiniche sono presenti in oltre l'80% dei soggetti di pelle chiara di età fra i 60 e 70 aa..

# CHE TIPO DI LESIONI ASPETTARSI

*Dott. Amilcare Cerri*

Ricercatore Universitario Università degli Studi di Milano  
U.O. di Dermatologia A.O. San Paolo - Milano

Negli ultimi dieci anni l'incidenza dei carcinomi cutanei è aumentata, si stima che il 50% dei bianchi al disopra dei sessanta anni svilupperà un carcinoma cutaneo. Appare chiaro, quindi come queste neoplasie rappresentino un rilevante problema di salute pubblica sia in termini di morbilità sia di costi sanitari. Risulta di fondamentale importanza, quindi, che tutti i medici abbiano familiarità con gli aspetti clinici di questi tumori per formulare una diagnosi tempestiva riducendo la morbilità e i costi dei trattamenti. In questa relazione sarà presentata un'ampia casistica di carcinomi cutanei, illustrando le basi patogenetiche, i fattori di rischio e gli aspetti clinici più comuni dei carcinomi basocellulare e spinocellulare del distretto cefalico.

Il **carcinoma basocellulare** è il tumore più frequente nei caucasici e rappresenta l'80% dei tumori cutanei. E' un tumore maligno localmente invasivo e destrutturante con limitata capacità di metastatizzare, che origina da cellule pluripotenti dello strato basale dell'epidermide o dei follicoli piliferi. Fra i fattori di rischio vanno menzionati: il fenotipo chiaro, l'esposizione intensa alla luce solare specie in età infantile, un'anamnesi familiare positiva per tumori cutanei, l'immunosoppressione, esposizione a radiazioni ionizzanti. Recenti studi hanno dimostrato che l'inattivazione del gene oncosoppressore *patched* rappresenta la principale causa genetica del tumore sia sporadico sia familiare. Colpisce più frequentemente i soggetti oltre i 40 anni e si localizza abitualmente al volto (80% dei casi).

Si riconoscono diverse varietà di carcinoma basocellulare con peculiarità cliniche e istologiche. Il carcinoma basocellulare nodulare si localizza al capo e al collo: si presenta come un nodulo roseo, translucido la cui superficie liscia è solcata da teleangectasie. La lesione è indolente, di consistenza duro-elastica e può andare incontro a ulcerazione ricoprendosi quindi di squamo croste.

Il carcinoma basocellulare morfeiforme, mima l'aspetto clinico di una sclerodermia circoscritta.

La lesione si presenta come una chiazza biancastra, sclerotica, con bordi non ben definiti e isolate papule perlacee alla periferia. Il tumore è infiltrativo e alla palpazione si apprezza un indurimento che si può estendere più ampiamente rispetto a quanto apprezzabile all'esame clinico visivo.

Il carcinoma basocellulare ulcerativo (*ulcus rodens*) si tratta di un tumore ulcerato *ab initio* che si presenta come un'ulcera, localizzata al capillizio, al canto interno dell'occhio o sulla guancia, a fondo emorragico talora ricoperta da crosta, che tende a estendersi progressivamente in superficie e profondità. Il carcinoma basocellulare piano-cicatriziale, si localizza preferenzialmente alla regione temporale, alla guancia e al tronco presentandosi come una chiazza delimitata da un orletto di perle epiteliali, con piccole ulcerazioni centrali ricoperte da croste ematiche tra le quali si repertano aree atrofo-cicatriziali.

Il carcinoma basocellulare superficiale si localizza abitualmente al tronco, lo sviluppo è in senso orizzontale come una lesione eritematosa o eritemato-squamosa, delimitata da un bordo rilevato e translucido. La sua crescita è molto lenta, può essere morfologicamente molto simile al morbo di Bowen.

Il carcinoma basocellulare pigmentato si caratterizza per l'abbondanza di melanina e deve essere posto in diagnosi differenziale con il melanoma, le verruche seborroiche, i nevi ipercromici.

Il **carcinoma spinocellulare**, a differenza del carcinoma basocellulare, è un tumore maligno con tendenza invasiva e metastatizzante, a insorgenza sulla cute o sulle mucose. L'incidenza aumenta nettamente dopo i 50 anni di età con un rapporto maschi/femmine di 2:1. L'esposizione cronica ai raggi ultravioletti rappresenta uno dei più importanti fattori di rischio per lo sviluppo di questo tipo di tumore.

Alla base dei meccanismi molecolari della fotocarcinogenesi vi sarebbe l'inattivazione del gene oncosoppressore p53 indotta dai raggi ultravioletti. Infatti, mutazioni a carico di questo gene, implicato nei processi di riparazione del danno a livello del DNA, sono stati riscontrati nel 90 % dei carcinomi spinocellulari.

La maggioranza dei carcinomi spinocellulari origina da cheratosi attiniche localizzate in zone fotoesposte del capo, soprattutto al viso (naso, elice, labbro inferiore, fronte).

Le **cheratosi attiniche** spesso si sviluppano su cute sede di processi di fotoinvecchiamento, di aspetto atrofico, xerotica e anelastica.

Si manifestano con una chiazza di colore da eritemato-giallastro a bruno-giallastro, di dimensioni variabili da pochi mm a 1 cm, di forma irregolarmente ovale, limiti sfumati e ricoperta da squame secche. Tali lesioni vanno differenziate dalle lentigo senili, dalle cheratosi seborroiche in fase iniziale e dai carcinomi basocellulari piano-cicatriziali.

All'esordio il carcinoma spinocellulare si presenta come una papula dura, una placca o un nodulo, ricoperti da una squama cheratosica spessa aderente, la lesione evolve rapidamente con formazione di un'ulcerazione indolente a fondo duro facilmente sanguinante e margini rilevati cheratosici. Il medico, quindi, dovrà porre particolare attenzione alle lesioni papulose, cheratosiche o ulcerative persistenti, soprattutto a quelle che compaiono al viso su cute danneggiata dal sole.



# COME PREVENIRLE E COME CURARLE

*Dott. Lorenzo Gualandri*

Dirigente Medico - U.O. di Dermatologia  
A.O. San Paolo - Milano

Le precancerosi cutanee come la cheratosi attinica e i tumori maligni epiteliali epidermici come il carcinoma basocellulare e il carcinoma spino cellulare, rappresentano una importante parte dell'attività clinica e chirurgica del dermatologo.

Nella relazione verranno evidenziati i diversi tipi di approccio terapeutico che, sostanzialmente prevedono 2 possibilità: quella chirurgica e quella non chirurgica.

La scelta di un trattamento è sempre legata alla conoscenza dei benefici e degli eventuali danni che questa può arrecare al paziente stesso e, di conseguenza, alle caratteristiche del paziente.

Per la cheratosi attinica le procedure non chirurgiche sono da preferirsi. Si può ricorrere quindi a trattamenti non invasivi come i cheratolitici topici, o ricorrere a procedure più invasive come la crioterapia, la dia termocoagulazione, la terapia fotodinamica.

Nel caso dei tumori maligni epiteliali epidermici il gold standard è rappresentato dalla completa escissione chirurgica della lesione. Possono fare eccezione i carcinomi basocellulari superficiali in cui sono a disposizione opzioni terapeutiche differenti e meno invasive.

Nella seconda parte della relazione verrà sottolineata l'importanza della prevenzione delle neoplasie cutanee.

Questa si basa prevalentemente sul concetto di prevenzione primaria, cioè sull'allontanamento di quei fattori ambientali e quei comportamenti che possono aumentare significativamente il rischio di sviluppare una neoplasia cutanea.

La comunicazione sarà incentrata sulla descrizione dei diversi filtri solari topici a disposizione e cercherà di ribadire l'importanza di un corretto uso delle creme solari in base al fattore di protezione solare. Infatti, la comprensione dei fattori di rischio legati all'esposizione solare e il corretto utilizzo degli schermi solari sono informazioni essenziali per cercare di ridurre l'incidenza di queste neoplasie nella popolazione generale.

# PROGRAMMAZIONE DEL TRATTAMENTO CHIRURGICO E TRATTAMENTO DELLE LESIONI DELLE LABBRA

*Prof. Federico Biglioli*

Direttore Scuola di Specializzazione  
e U.O. di Chirurgia Maxillo-Facciale A.O. San Paolo - Università degli Studi di Milano

Il trattamento chirurgico dei carcinomi cutanei della faccia consta di due momenti: quello demolitivo e quello ricostruttivo. La fase ricostruttiva, spesso la più delicata tecnicamente, non deve condizionare quella demolitiva. In sostanza, l'asportazione della lesione, che richiede ampi margini di tessuto sano circostante, non deve essere limitata dalle ridotte capacità di ricostruire. L'asportazione della lesione richiede complete conoscenze dell'anatomia locale. Le incisioni cutanee devono al contempo rispettare i limiti ottimali di resezione, tenendo in considerazione le caratteristiche morfologiche della regione operata.

A livello del dorso nasale ad esempio, è opportuno che l'asportazione venga ampliata per rispettare i limiti delle subunità estetiche. Questo permetterà di essere radicali e di ottenere contemporaneamente un risultato estetico ottimale.

Vi sono inoltre strutture particolarmente importanti da un punto di vista funzionale profondamente ai piani cutanei più superficiali. Il nervo facciale, ad esempio, rappresenta la formazione anatomica che più preoccupa chi non ha dimestichezza con il suo trattamento e ricostruzione. La sua lesione infatti, comporta paralisi facciale, ovviabile solo con tecniche ricostruttive microchirurgiche, preferibilmente ad applicazione immediata. Le correzioni secondarie, viceversa, sono tecnicamente più complesse, e i risultati meno positivi.

Le lesioni cutanee del labbro vengono asportate con un riferimento anatomico ben definito: la linea di passaggio tra cute e bordo rosso. Questa viene identificata ai margini della asportazione programmata e segnata con dei punti di blu di metilene.

Successivamente, eseguita l'asportazione della lesione, questo permette di riapprossimare correttamente le strutture e ottimizzare la morfologia della regione.

In caso di trattamento di carcinomi squamocellulari, è opportuno indagare i linfonodi della regione sotto mentale e laterocervicale tramite un esame ecografico preoperatorio.

In caso questi risultassero positivi, lo svuotamento linfonodale cervicale deve essere eseguito contestualmente all'intervento di asportazione della lesione cutanea.

Se l'asportazione coinvolge non più di metà labbro, escludendo la regione della commissura, è in genere sufficiente riapprossimare i margini mediale e laterale della resezione avendo cura di far corrispondere una precisa ricostruzione muscolare a quella cutanea.

L'interessamento della commissura delle labbra rende tecnicamente molto più complessa la fase ricostruttiva sia sotto il profilo del risultato estetico, che funzionale.

L'impreciso ripristino anatomico può determinare incontinenza orale con perdita sia di liquidi che di cibo dalla bocca. E' poi particolarmente sgradevole l'aspetto estetico, qualora non venga con efficacia ricostruita la regione.

La ricostruzione è quasi sempre effettuata tramite l'utilizzo di lembi locali. Molto raro è l'impiego di lembi microvascolari.

# TRATTAMENTO DELLE LESIONI DEL CUIO CAPELLUTO E DELLA FRONTE

*Dott. Luca Autelitano*

Direttore - U.O.Semplice di Chirurgia Malformativa e Dismorfosi  
della Faccia A.O. San Paolo - Milano

Il cuoio capelluto è frequente sede di insorgenza di neoplasie cutanee. Più spesso rispetto ad altre sedi dell'estremo cervico-cefalico i tumori cutanei del cuoio capelluto si presentano con dimensioni ragguardevoli. Questo aspetto, insieme alla scarsa elasticità del cuoio capelluto stesso, richiede che venga eseguita una corretta programmazione della ricostruzione.

Quando viene conservato il piano periostale la ricostruzione può essere eseguita con innesti cutanei a spessore completo o parziale. Se l'area ricostruita è glabra il risultato è di norma ottimo. Ovviamente, l'uso di innesti cutanei è solo una seconda scelta nella ricostruzione del capillizio.

Tali aree sono di preferenza ricostruite con lembi locali, spesso di rotazione o di rotazione ed avanzamento. Ricostruzioni di difetti di medie dimensioni sono affidate di norma ad un solo lembo mentre difetti di dimensioni più cospicue necessitano dell'associazione di più lembi.

Quando la perdita di sostanza coinvolge aree estremamente estese o quando invece il difetto raggiunge estesamente anche lo strato durale, la ricostruzione richiede l'uso di lembi microvascolari.

Le ricostruzioni della regione frontale dopo asportazione di neoplasie cutanee spesso sono di facile soluzione. La disponibilità di tessuti molli localmente e nelle aree circostanti consente infatti di eseguire chiusure per prima intenzione di difetti con dimensioni inferiori a 15mm. Difetti di dimensioni maggiori vengono invece ricostruiti con lembi di rotazione-avanzamento o con lembi a isola, a volte associati.

In alcuni casi selezionati infine, la ricostruzione viene eseguita con innesti cutanei a spessore parziale o completo. La regione laterale della fronte, che sconfinava nell'area temporale, presenta alcune peculiarità anatomiche delle quali è necessario avere buona conoscenza al fine di garantire la migliore ricostruzione preservando le strutture nobili che vi decorrono.

# TRATTAMENTO DELLE LESIONI DEL NASO E DELLA PALPEBRA

*Dott. Giacomo Colletti*

Dirigente Medico - U.O. di Chirurgia Maxillo-Facciale  
A.O. San Paolo - Milano

La cute del naso e della palpebra è sovente sede di insorgenza di lesioni tumorali di origine cutanea. Il carcinoma basocellulare ed il carcinoma spinocellulare si localizzano infatti spesso in tali sedi. I criteri di radicalità oncologica prevedono che vengano asportati da 4 a 10 mm di tessuto sano perilesionali a seconda del tipo istologico.

Il difetto che ne consegue quindi può coinvolgere la palpebra ed il naso con una dimensione variabile e portare alla perdita di solo una superficie, coinvolgere anche l'impalcatura scheletrica o produrre un deficit a tutto spessore. La ricostruzione della palpebra e del naso differiscono in modo sostanziale e devono quindi essere trattate separatamente.

## *Le ricostruzioni della palpebra*

Convenzionalmente la palpebra, a fini ricostruttivi, viene divisa in tre strutture:

la lamella anteriore, l'impalcatura intermedia e la lamella posteriore.

La lamella anteriore è rappresentata dalla cute palpebrale, l'impalcatura intermedia è costituita dal tarso e dal setto mentre la lamella posteriore è costituita dalla congiuntiva.

Difetti che coinvolgono solo la lamella anteriore vengono ricostruiti con innesti cutanei o con semplici lembi di vicinanza.

Perdite di sostanza a tutto spessore che riguardino fino al 30% della palpebra possono essere riparate mediante sutura diretta mentre difetti fino al 60-70% necessitano di lembi locali.

Le perdite di sostanza dell'intera palpebra richiedono invece procedure ricostruttive articolate che si basano sull'uso di lembi locali, locoregionali o microvascolari.

Contestualmente è necessario ricostruire la lamella interna con innesti di mucosa o mediante lembi tarso congiuntivali.

### *Le ricostruzioni del naso*

I difetti del naso necessitano di strategie ricostruttive che dipendono dalla dimensione e dalla sede del difetto.

Perdite di sostanza fino a 10-15 mm che riguardano solo il versante cutaneo esterno ad eccezione della punta e del margine della narice vengono ricostruiti con innesti a spessore completo o con lembi locali come il bilobato, il lembo di Marchac e così via.

Difetti di dimensioni maggiori del solo versante esterno possono essere ricostruiti con innesti cutanei (che sono però una seconda scelta) o con lembi locoregionali, in particolare con il lembo frontale mediano o paramediano.

Difetti a tutto spessore necessitano invece di procedure multistep nelle quali viene ripristinato ogni strato mancante: la cute esterna, ricostruita con il lembo frontale, l'impalcatura scheletrica, riabilitata con innesti cartilaginei o osteocondrali, ed il versante interno, ricostruito con innesti prelaminati, lembi locali o lembi microvascolari.

# TRATTAMENTO DELLE LESIONI LATERALI DELLA FACCIA

*Dott. Dimitri Rabbiosi*

Dirigente Medico - U.O. di Chirurgia Maxillo Facciale  
A.O. San Paolo - Milano

Ogni anno vengono diagnosticati oltre 800.000 nuovi casi di tumori della cute a livello della faccia. Più del 95% dei tumori cutanei è rappresentato da epitelomi basocellulari e squamocellulari (spinocellulari). Di cui la percentuale maggiore è a favore dei basocellulari (70% circa). Queste sono neoplasie altamente curabili, raramente danno metastasi, ma possono causare seri problemi di tipo estetico o funzionale, se non diagnosticate in tempo. Il melanoma maligno è meno frequente rispetto agli epitelomi, ma è molto più spesso letale. Esistono anche neoformazioni benigne della cute e del sottocute che possono necessitare di intervento chirurgico per tendenza all'accrescimento o disturbi di tipo irritativo, infiammatorio (dolore-sanguinamento) o comparsa di infezione cutanea. Le più frequenti sono rappresentate da nevi, lesione precancerose, angiomi, cisti sebacee e lipomi (questi ultimi sono neoformazioni sottocutanee). L'intervento generalmente può essere eseguito in anestesia locale, mediante infiltrazione di soluzione anestetica con ago sottile attorno alla zona da asportare e successivamente eseguita una incisione "a losanga" attorno alla neoformazione. La perdita di sostanza viene quindi ricostruita mediante una sutura di prima intenzione o con lembi come descriveremo successivamente. Quando le lesioni hanno dimensioni importanti e le condizioni generali del paziente lo richiedano l'intervento viene eseguito in anestesia generale.

Per gli epitelomi basocellulari e squamocellulari è sufficiente la rimozione di una porzione di cute sana circostante di circa 10 mm.; in caso di melanoma accertato, il margine sano deve essere di 2-4 cm (a seconda dell'estensione in profondità).

In caso di lesione pigmentata sospetta, ma non con diagnosi certa di melanoma, viene eseguita l'asportazione della lesione comprendente un margine di cute sana perilesionale di circa 3 mm e successivamente se l'istologico fosse positivo si esegue una estensione della asportazione.

Le opzioni ricostruttive si basano sulla disponibilità del tessuto circostante e la dimensione della perdita di sostanza, quindi, molte volte mediante una sutura e chiusura di prima intenzione. In caso di asportazione di vaste porzioni di cute e sottocute, può rendersi necessario riparare la perdita di sostanza mediante l'allestimento di lembi cutanei di scivolamento, di rotazione, innesti di cute, innesti compositi e lembi liberi rivascolarizzati che consentono un'ottima ricostruzione.

Le estese lesioni della guancia, dello zigomo e delle orecchie (regione laterale della faccia) richiedono grande attenzione nell'asportazione chirurgica e deve essere affrontata solo da coloro che hanno conoscenze ed esperienze di demolizione e di ricostruzione.

Le strategie chirurgiche dopo asportazioni di neoformazioni a livello dell'orecchio sono:

*Guarigione per seconda intenzione*

*Sutura diretta*

*Innesto cutaneo*

*Lembi locali, locoregionali, microvascolari*

*Ricostruzione con cartilagine costale autologa*

*Epitesi*

Anche per la restante regione laterale della faccia le modalità ricostruttive sono le stesse, invece dell'utilizzo di cartilagine costale autologa si preferisce utilizzare innesti di osso autologo nel caso ci fosse la necessità di ricostruire lo scheletro sottostante alla cute interessata dalla lesione. I lembi liberi rivascolarizzati sono il gold standard per riparare le perdite di sostanza di grande entità a livello della parte laterale della faccia e sono il lembo fascio-cutaneo di avambraccio (forearm), il lembo mio-cutaneo antero-laterale di coscia (ALT), il lembo mio-cutaneo di latissimo (gran dorsale).

A volte le condizioni generali, sistemiche soprattutto dal punto di vista vascolare dei pazienti sono tali che non sono ideali per le ricostruzioni microvascolari (le anastomosi vascolari sono molto a rischio di insuccesso); quindi le perdite di sostanza estese vengono ricostruite con lembi peduncolati a distanza come il lembo mio-cutaneo di pettorale, il lembo di latissimo, il lembo mio-cutaneo di trapezio, di trapezio inferiore ed il deltoideo. In alcuni casi se la situazione anatomica lo consente si utilizza un espansore cutaneo vicino alla regione da ricostruire e quando si ha raggiunto una buona quantità di cute espansa si esegue la demolizione della lesione e successivo scorrimento della cute.



Il carcinoma basocellulare e squamocellulare di piccole dimensioni possono essere trattati anche mediante la radioterapia ma dovrebbe essere la seconda scelta nel momento in cui la chirurgia ha ottime possibilità di guarigione.

Dobbiamo ricordare che la ricostruzione della faccia è molto visibile e avrà un impatto psicosociale importante per il paziente, quindi l'importanza di adeguate scelte chirurgiche ricostruttive.

# *APPUNTI*

# *APPUNTI*