4.5 Lembi per la ricostruzione del naso

Fabrizio Schonauer, Francesco D'Andrea

Introduzione

Le perdite di sostanza della regione nasale possono derivare da traumi o asportazioni chirurgiche. Nella maggior parte dei casi, l'asportazione di carcinomi basocellulari e, meno frequentemente, di carcinomi spinocellulari determina difetti che non possono essere chiusi per accostamento dei margini e necessitano di ricostruzione.

Spesso vengono impiegati innesti cutanei a spessore totale prelevati dalla regione preauricolare o postauricolare, laddove il letto ricevente sia dotato di una valida vascolarizzazione.

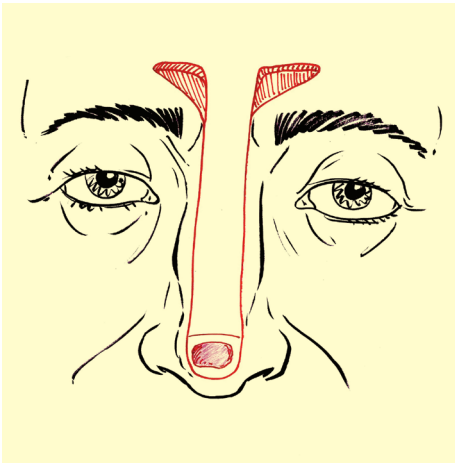
L'impiego di lembi locali viene indicato quando strutture non dotate di vascolarizzazione propria, come cartilagine o tessuto osseo, risultano esposte oppure quando si vuole applicare il principio della ricostruzione delle subunità estetiche della piramide nasale. Descriviamo i lembi locali di più frequente applicazione e le loro relative indicazioni topografiche.

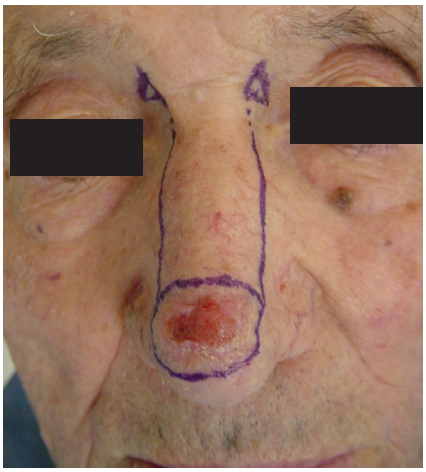
Lembo di Rintala

Il lembo di Rintala fu descritto da questo Autore svedese nel 1969. È un lembo locale cutaneo di avanzamento del dorso del naso. È indicato per la ricostruzione di difetti mediani della punta del naso. Nella sua descrizione iniziale prevedeva due triangoli di scarico (triangoli di Burow) a livello delle sopracciglia bilateralmente per permettere l'avanzamento del lembo senza orecchie di cane (dog ears); oggi si tende a considerare i triangoli di Burow inutili; basta distribuire la tensione dell'avanzamento lungo tutta la lunghezza del dorso del naso. Il lembo di Rintala può essere allestito anche includendo il muscolo procero; la dissezione viene portata cranialmente fino alla radice del naso.

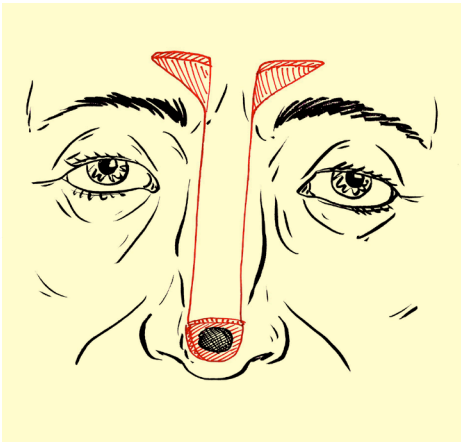
La vascolarizzazione di questo lembo del dorso del naso è random, ma garantisce la sopravvivenza anche a lembi con rapporto lunghezza/ base superiore a 4 a 1.

Step 1

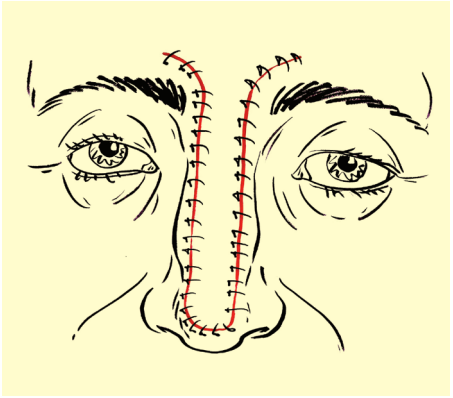


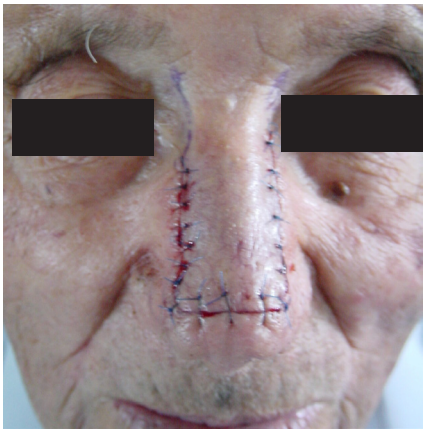


Step 2



Step 3

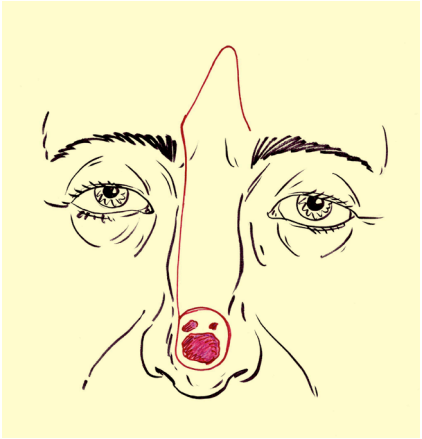




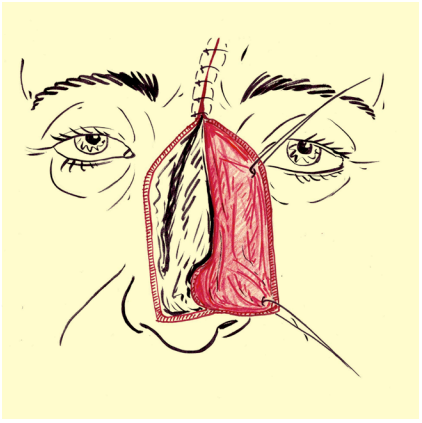
Lembo dorso-nasale di Rieger

È un lembo locale cutaneo di rotazione-avanzamento dal dorso del naso. È indicato per la ricostruzione di difetti del terzo medio e del terzo distale del naso. La descrizione iniziale di questo lembo da parte di Rieger del 1967, prevede come sito di donazione la regione glabellare: a questo livello il difetto residuo viene richiuso con un movimento V-Y del triangolino glabellare craniale.

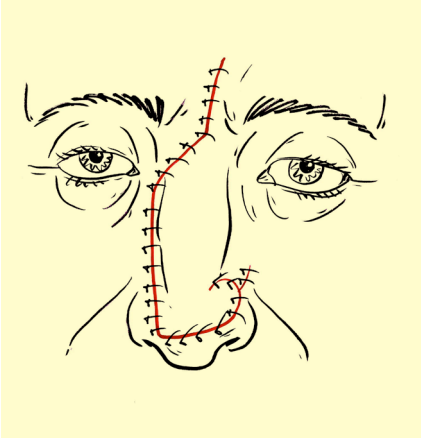
Il peduncolo di questo lembo è essenzialmente composto dall'intero aspetto laterale della cute nasale dorsale; si basa sulla rotazione avanzamento caudale della cute dorso-nasale. La vascolarizzazione è random; nel 1970 Marchac descrisse una modifica di questo lembo andando a basare la vascolarizzazione su di una branca dell'arteria angolare, trasformando il lembo dorso nasale da random in lembo a vascolarizzazione assiale ed aumentandone la mobilità. Rohrich più recentemente ha dimostrato che lo stesso lembo può essere allestito anche senza l'estensione triangolare glabellare, nel rispetto dell'unità estetica del dorso del naso.



Step 1



Step 2



Step 3

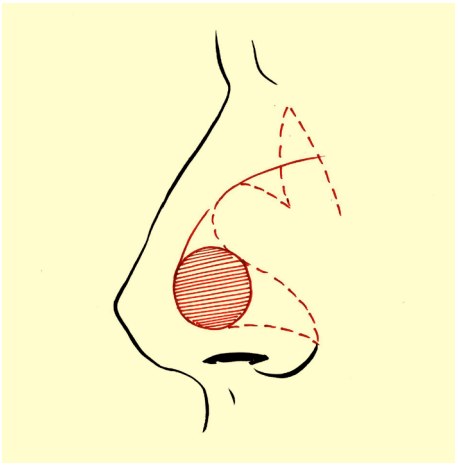
Lembo bilobato

Un altro lembo molto utilizzato a livello del naso è il lembo bilobato, lembo con due componenti (=l obi) di cui il primo "lobo" chiude il difetto primario, il secondo "lobo" (posizionato in un'area di maggiore lassità cutanea) chiude il difetto secondario, mentre il difetto terziario è chiuso per sutura diretta. È indicato per la ricostruzione di difetti paramediani della punta del naso o per difetti laterali del naso.

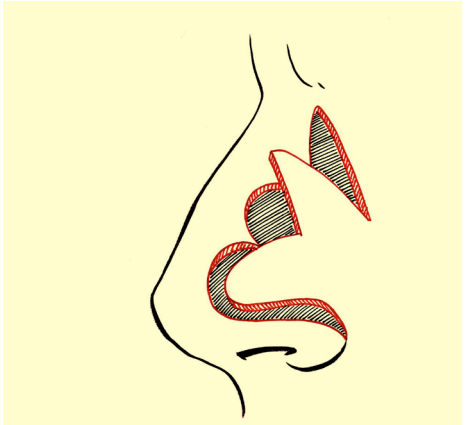
La prima descrizione del lembo bilobato è da attribuire a Esser nel lontano 1918, che impiegò questo lembo per ricostruire difetti della punta del naso. Zimany (1953) riportò la sua esperienza con i lembi bilobati in diversi distretti cutanei, viso incluso. Zitelli ha ulteriormente popolarizzato l'impiego del lembo bilobato pubblicando uno studio nel 1989 su casi di ricostruzioni post-oncologiche.

La vascolarizzazione è random; il lembo bilobato potrebbe essere classificato come un doppio lembo di trasposizione con una base singola, ma anche come lembo di rotazione modificato con alcune componenti del movimento di trasposizione.

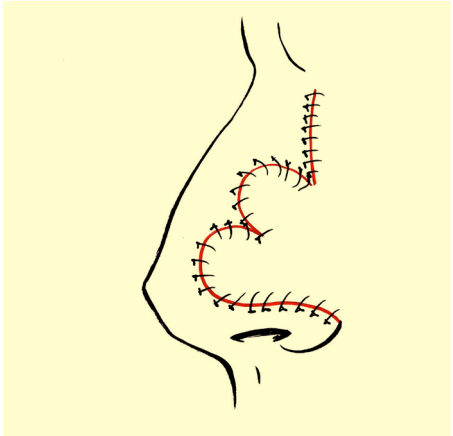
Step 1



Step 2

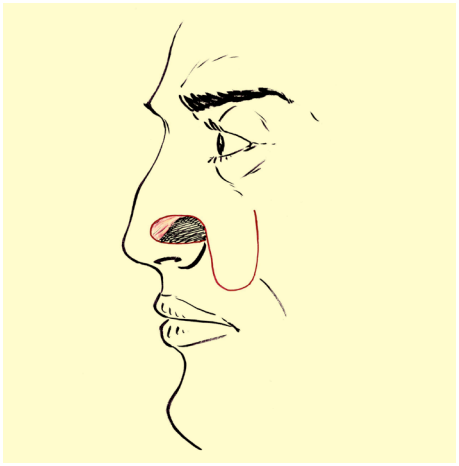


Step 3



Lembo Naso-genieno

Il lembo naso-genieno (o lembo naso-labiale) rappresenta una classica tecnica ricostruttiva per i difetti della regione laterale del naso e soprattutto dell'ala del naso. Una delle prime descrizioni di questo lembo va attribuita a McLaren in un lavoro del 1963. La sua diffusione nella ricostruzione di difetti post-oncologici deriva dalla lassità cutanea naturale del solco nasogenieno, unita ad una ricca vascolarizzazione locale che ne fanno un sito di donazione ideale per lembi diretti al naso. Inoltre la chiusura del sito di donazione per accostamento dei margini produce dei risultati estetici notevoli. Infatti la cicatrice residua disegna una neo-linea nasogeniena, e diventa poco visibile già 6-12 mesi post intervento. La vascolarizzazione del lembo nasogenieno è random; il tipo di movimento del lembo è un movimento di trasposizione. Può essere impiegato sia come lembo peduncolato sia come lembo ad isola.



Step 1

Step 2

Step 3

Lembo naso-labiale turnover

Il lembo naso-labiale turnover, descritto per primo da Pers nel 1967 e successivamente modificato da Herbert nel 1978 e poi da Spear nel 1987, rappresenta una tecnica molto valida per la ricostruzione dei difetti a tutto spessore dell'ala del naso. L'ala del naso rappresenta una regione anatomica complessa, la cui ricostruzione si fonda sull'apporto di almeno uno strato mucoso interno (lining) e di uno strato cutaneo esterno; il lembo frontale viene considerato lembo di prima scelta per la ricostruzione di difetti a tutto spessore dell'ala del naso; il lembo frontale va integrato comunque con un lembo locale per il "lining" e con un supporto scheletrico cartilagineo, perlopiù un innesto di cartilagine prelevato dalla conca auricolare.

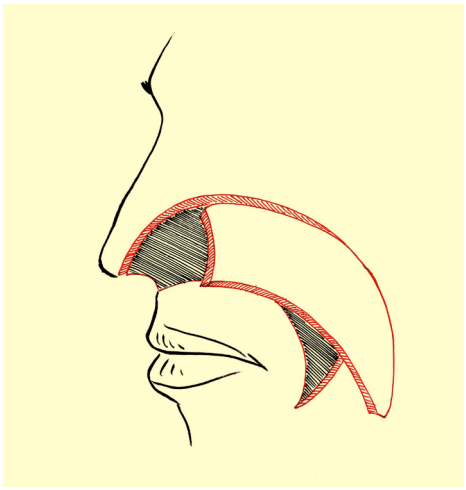
Nel caso di ricostruzioni con lembo naso-labiale turnover, per esempio per difetti a tutto spessore dell'ala del naso conseguenti ad asportazione radicale di neoformazioni cutanee, non è necessario l'apporto di un innesto di cartilagine in quanto il lembo ripiegato su stesso è sufficientemente rigido da riprodurre la sagoma dell'ala del naso.

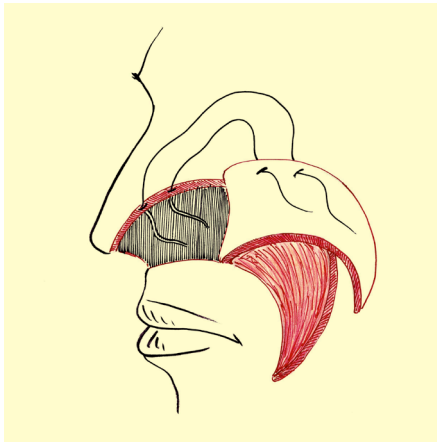
La vascolarizzazione è garantita dalle numerose anastomosi presenti nel tessuto sottocutaneo tra vasi provenienti dall'arteria facciale, l'arteria infraorbitaria e la branca dorsale dell'arteria oftalmica. Il peduncolo sottocutaneo può essere ridotto fino a 0,5 cm. Recentemente sono state descritte varianti di questo lembo basate unicamente su vasi perforanti.

Grande attenzione deve essere riposta all'insetting del lembo per riprodurre un adeguato solco alare-naso-labiale, che rappresenta il punto di connessione tra sito di donazione (solco naso-labiale) e la neo ala del naso.

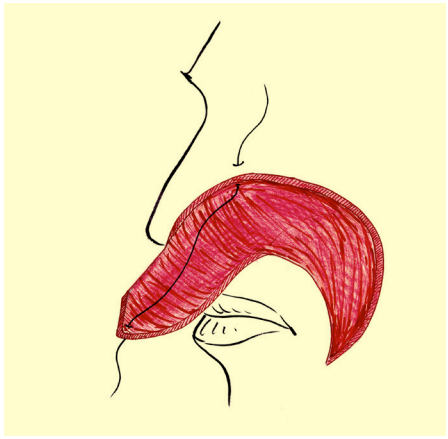
I vantaggi della ricostruzione dell'ala del naso con lembo turn-over includono: ricostruzione in un unico tempo chirurgico, tempi di guarigione ridotti, rispetto della sub-unità estetica dell'ala del naso e risultati estetici molto soddisfacenti.

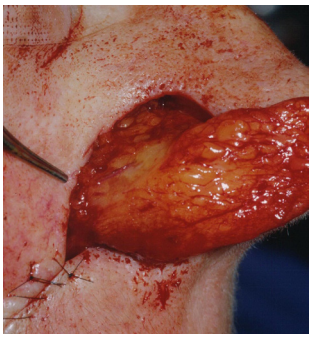
Step 1



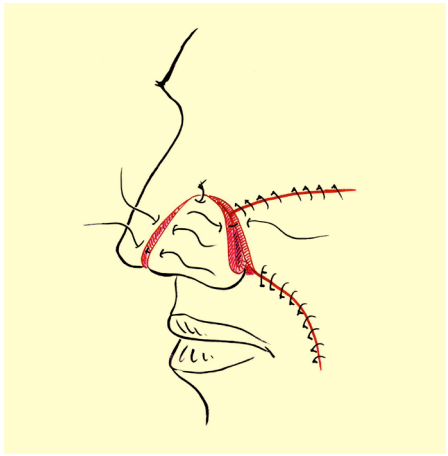


Step 2

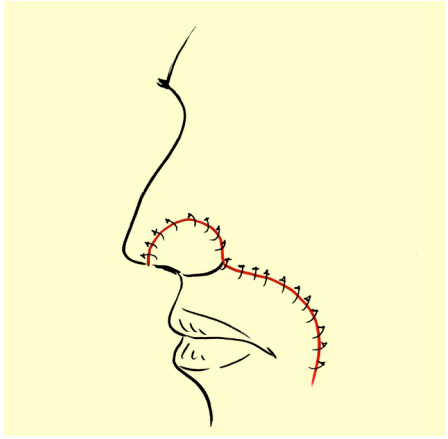




Step 3



Step 4



Step 5

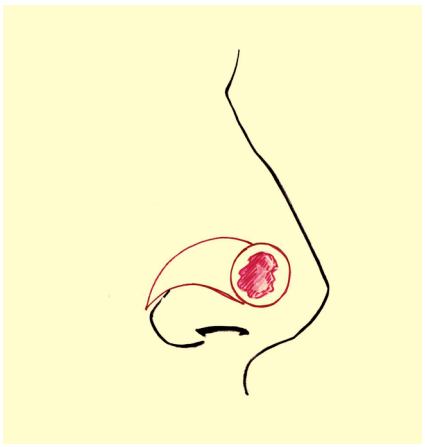
Lembo V-Y di Rybka

Si tratta di un lembo ad isola cutanea dell'ala del naso, a peduncolo muscolo-cutaneo, basato sulla porzione inferiore del muscolo trasverso nasale. Questo lembo è stato descritto da Rybka nel 1983. È indicato per la ricostruzione di difetti della punta nasale; può essere impiegato come lembo unilaterale o come lembo bilaterale per difetti fino a 2,0 cm di diametro.

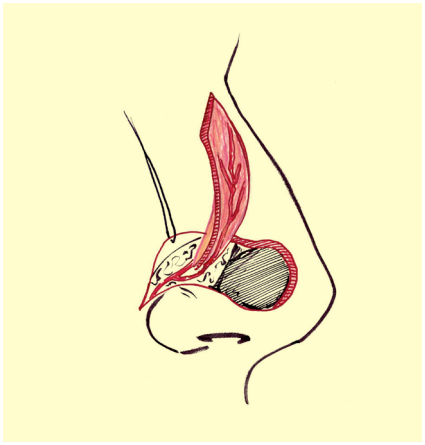
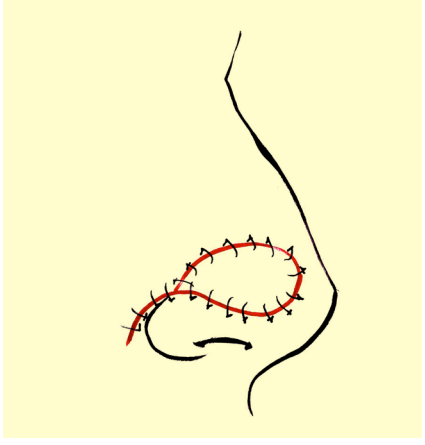
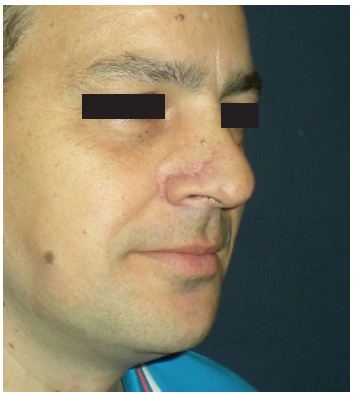
Le incisioni vengono disegnate parallele ai margini della crus laterale della cartilagine alare; con il movimento di avanzamento V-Y si evitano le frequenti "dog ears" presenti nei lembi peduncolati di trasposizione o di rotazione non a isola.

Più recentemente è stata descritta una variante del lembo, basata sul muscolo elevatore dell'ala del naso, dotata di un maggiore arco di rotazione.

Step 1



Step 2



Step 3