

# Cancro Modello di gesso per l'integrità del volto

## Con la Protesica maxillo-facciale correzione ai deficit funzionali ed estetici lasciati da interventi per neoplasie

**L**a terapia dei tumori facciali richiede la collaborazione di diverse discipline mediche quali l'Otorinolaringoiatria, la Radiologia, la Radioterapia, la Chirurgia Maxillo-Facciale, l'Oncologia e la Protesica Maxillo Facciale.

Quest'ultima disciplina si occupa della correzione mediante protesi di deficit funzionali e soprattutto estetici del mascellare o del volto, difetti di origine traumatica o congenita o molto spesso dovuti all'esecuzione di interventi demolitivi per la cura di tumori. La «protesica» svolge un'attività di supporto alla Chirurgia otorinolaringoiatrica o Maxillo-Facciale che è diventata una routine consolidata nei protocolli del trattamento dei tumori del mascellare.

L'asportazione chirurgica del tumore, quando attuabile, è considerata, ovviamente, la scelta più opportuna. Tale intervento comporta inevitabilmente una perdita di sostanza, cioè la mancanza di una parte del volto o la creazione di una comunicazione tra strutture che normalmente sono separate (ad esempio, bocca e cavità nasali). A seconda del distretto colpito, il danno può essere funzionale, estetico o la somma di entrambi. I difetti prodotti da questo tipo di chirurgia sono di due tipi: intraorali, extraorali o del volto.

I difetti intraorali più frequenti sono determinati dalla perdita di una porzione del palato che genera una comunicazione tra la bocca e la cavità nasale. In questo caso il paziente non può parlare in modo comprensibile a causa della risonanza nasale che assume la voce inoltre incontra grosse difficoltà ad alimentarsi,

poiché parte del cibo e dei liquidi introdotti nel cavo orale, mancando il palato, fuoriescono dal naso. Si produce, quindi, una difficoltà funzionale molto grave. Quando la malattia oncologica colpisce tessuti più superficiali può essere necessaria l'asportazione del naso, dell'occhio, dell'orecchio o di intere porzioni del volto.

L'effetto, come è facile intuire, è gravissimo: una menomazione del volto può deprimere il paziente, che non si riconosce più e prova imbarazzo nel mostrarsi in pubblico. Occhi e bocca, di fatto, giocano un ruolo primario nel manifestare la nostra emotività. Attraverso cambiamenti di espressione, infatti, siamo in grado di manifestare gioia, dolore, paura, sorpresa e così via. Per questa ragione i nostri interlocutori, allo scopo di intuire o catturare le nostre reazioni emotive, concentrano il loro sguardo sul viso fissando prevalentemente gli occhi e la bocca. Questo normale approccio rende imbarazzanti ed insostenibili, per i pazienti che hanno subito interventi demolitivi del volto, le normali relazioni umane. Grazie alla chirurgia e alle altre terapie (chemio-radioterapia), il paziente è guarito dalla malattia oncologica, ma può soffrire profondamente e vergognarsi di questa condizione fino al punto di considerare la soluzione terapeutica peggiore della malattia.

È pertanto sempre necessaria una ricostruzione della parte asportata dopo la chirurgia del tumore. Due sono le strade percorribili: la ricostruzione chirurgica e quella protesica.

Ovviamente la ricostruzione

chirurgica, quando attuabile, risulta preferibile; tuttavia non sempre è possibile ricostruire chirurgicamente i tessuti asportati, sia per le caratteristiche del difetto, sia per i limiti che la terapia oncologica impone. Dopo l'intervento chirurgico è frequente la necessità di radioterapia o di chemioterapia, condizioni che complicano l'attecchimento dei delicatissimi interventi di chirurgia ricostruttiva.

In questi casi la ricostruzione protesica offre possibilità ricostruttive rapide, restituendo al paziente, in tempi brevi, una qualità di vita accettabile. Tale ricostruzione protesica è operata da una branca specialistica dell'Odontoiatria: la «protesica maxillo-facciale». La riabilitazione protesica riconosce due grandi capitoli: la ricostruzione dei difetti intraorali e la ricostruzione dei difetti facciali. La riabilitazione protesica dei difetti intraorali è sempre precoce. In realtà, grazie alla diagnostica per immagini (Tac ecc.), viene discussa con il chirurgo l'estensione dell'asportazione e si arriva a produrre una protesi otturatoria provvisoria prima dell'intervento che consente di correggere i difetti che si prevedono derivare dall'operazione. Tale protesi viene posizionata proprio durante l'intervento chirurgico di asportazione del tumore, consentendo al paziente di riprendere a parlare e a mangiare quanto prima. La protesi deve essere modificata

ogni 10-15 giorni dopo l'intervento per assecondare la guarigione dei tessuti intraorali. Solitamente la guarigione richiede un'attesa di almeno 2 o 3 mesi dall'intervento. Quando i margini chirurgici sono guariti, si procede alla realizzazione di una nuova protesi: la protesi otturatoria definitiva. Questa, oltre a svolgere la funzione otturatoria, grazie alla presenza dei denti, permette la riabilitazione della funzione estetica, fonatoria e masticatoria. La ricostruzione delle mancanti porzioni del volto, come occhio o naso, avviene sempre dopo la guarigione dei margini dell'intervento. Ovvero, quando è possibile rilevare con un'impronta un calco della porzione del volto mancante che consente di ottenere un modello di gesso del volto del paziente. Su questo calco, il tecnico modella con della cera la parte mancante, fino ad ottenere il risultato estetico desiderato.

**prof. Giorgio Gastaldi**  
Istituto clinico S. Rocco - Ome





Per la ricostruzione del volto deturpato da un tumore si ricorre ad un calco di gesso. Nella foto d'archivio, una maschera simbolica