

Chirurgia plastica: tecniche principali e interventi essenziali

38

G. Dal Prà

38.1 Suture

Scopo delle *suture* è di consentire la guarigione delle ferite, siano esse dovute a traumi o a interventi chirurgici, per prima intenzione, nel tempo più breve possibile e con cicatrici poco visibili e/o facilmente dissimulabili.

Per consentire alle suture di svolgere nel modo migliore il loro ruolo occorre che:

- i margini della ferita siano lineari: in caso di ferite sfrangiate, prima di procedere alla sutura i margini devono essere regolarizzati;
- la riparazione rispetti i vari piani: ciò si ottiene suturando fra loro le due porzioni di muscolo, fascia, sottocute, cute;
- l'emostasi sia accurata: raccolte ematiche possono determinare trazioni sulle suture e possono essere causa di infezioni. Se necessario, vanno effettuate medicazioni compressive;
- i margini siano ben affrontati: lo scopo della sutura è di ottenere un buon accostamento dei margini senza però traumatizzarli e comprometterne la vascolarizzazione, in modo da consentire la guarigione spontanea di un tessuto vitale;
- i margini non siano sottoposti a tensione: a tale scopo le suture vanno disposte secondo le linee di tensione cutanea di Langer, soprattutto sul viso. Nelle ferite profonde dovranno essere effettuati due o più piani di sutura, ricostruendo prima i piani profondi e successivamente quelli superficiali. Le suture potranno essere rinforzate, se necessario, con steri strips.

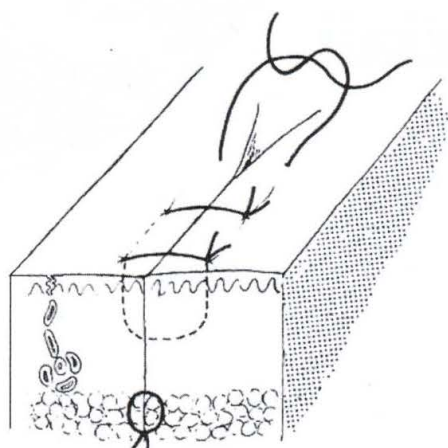
Per le suture possono essere utilizzati fili di sutura (in materiale riassorbibile o non riassorbibile, monofilamento o intrecciati), punti metallici, collanti biologici, cerotti (steri strips).

Le suture effettuate con i fili di sutura possono essere continue o a punti staccati: i principali tipi di suture sono schematizzati nella figura 38.1.

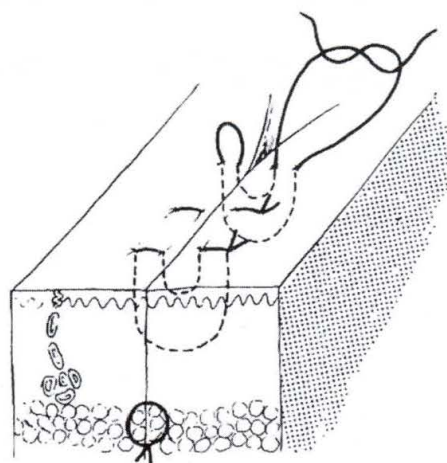
Di particolare utilizzo in chirurgia plastica sono i punti staccati a U orizzontale, che estroflettendo i margini cutanei ne consentono un preciso affrontamento, hanno notevole resistenza e inoltre non lasciano gli antiestetici segni dei punti perpendicolari alla ferita, nonché le suture continue intradermiche (riassorbibili o non riassorbibili), che essendo situate nel derma, al di sotto dell'epidermide, non lasciano segni di punti esterni e consentono quindi di ottenere un migliore risultato estetico.

Per le suture profonde, che non potranno essere rimosse, deve essere utilizzato materiale riassorbibile.

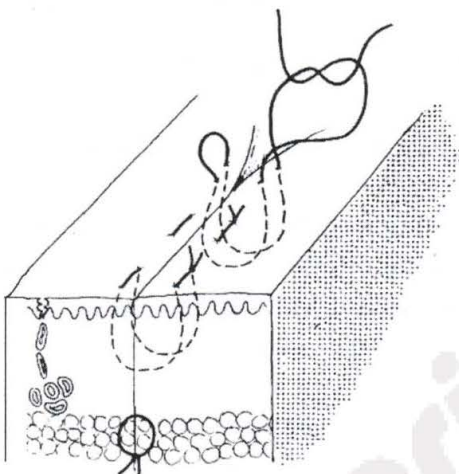
Le suture superficiali effettuate in materiale non riassorbibile dovranno essere rimosse dopo un periodo di tempo variabile dai 5 ai 15 giorni a seconda della sede, dello spessore della cute e del grado di tensione sui margini (superfici flessione-estensorie). Dopo 15-20 giorni la



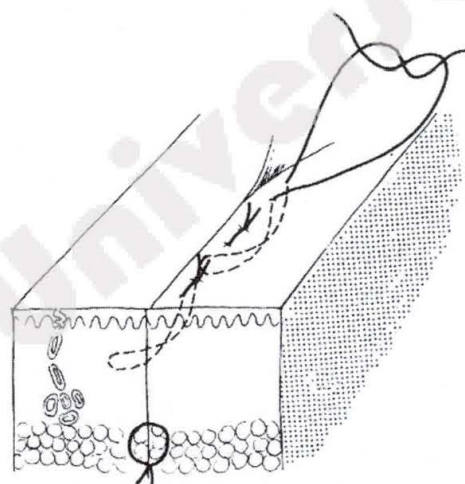
Punto semplice



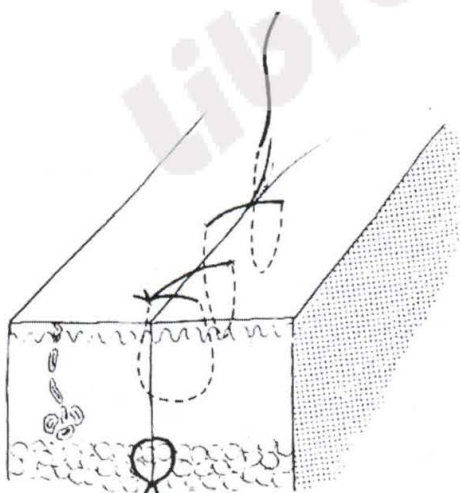
Punto di Donati-Blair



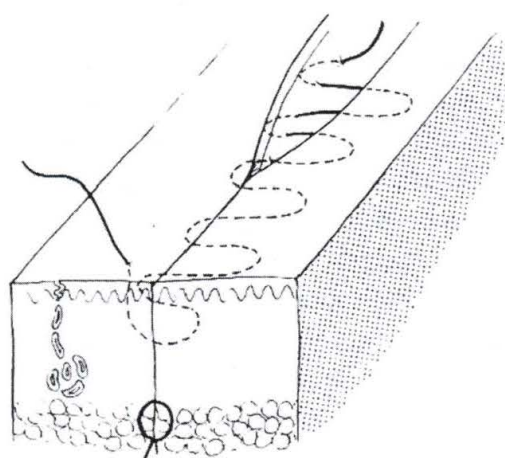
Punto a U-orizzontale



Punto a U-cutaneo-dermico



Sopraggitto semplice



Sutura continua intradermica

FIGURA 38.1 Tipi di sutura.

sutura non ha più alcuna funzione e va comunque rimossa, anche se ciò determina la deiscenza della ferita: la sutura, infatti, non è una saldatura su materiali inerti, ma un aiuto alla guarigione spontanea di tessuti vitali.

In caso di “deiscenza” totale o parziale della ferita si dovrà procedere a una “revisione” di essa, con “recentazione” dei margini (asportazione con il bisturi della porzione cicatriziale torpida dei margini, in modo da renderli di nuovo sanguinanti e atti alla guarigione spontanea) e alla successiva risutura.

38.2 Innesti

L'*innesto* è il trasferimento di un tessuto da un sito donatore a un sito ricevente, con interruzione di tutte le connessioni vascolari con la zona di prelievo e, quindi, con necessità che si sviluppino, quale presupposto per il suo attecchimento, nuove connessioni vascolari con la zona ricevente.

A seconda delle caratteristiche del donatore si distinguono:

- innesti autoplastici o autoinnesti: donatore e ricevente sono la stessa persona;
- innesti omoplastici od omoinnesti: donatore e ricevente appartengono alla stessa specie (per esempio, uomo-uomo);
- innesti eteroplastici o eteroinnesti: donatore e ricevente appartengono a specie diverse (per esempio, maiale-uomo);
- innesti alloplastici o alloinnesti (o, più correttamente, impianti alloplastici): materiale artificiale viene inserito in un vivente.

Da un punto di vista della tipologia del tessuto innestato, si distinguono innesti cutanei, mucosi, dermici, adiposi, ossei, cartilaginei, muscolari, nervosi, tendinei e fasciali.

In questa sede ci si soffermerà brevemente solo sugli innesti cutanei, sugli innesti adiposi e sugli impianti alloplastici.

38.2.1 Innesti cutanei

L'*indicazione* all'utilizzo degli innesti cutanei è la copertura di perdite di sostanza cutanee; presupposto fondamentale è che il fondo della perdita presenti un tessuto di granulazione ben vascolarizzato con il quale l'innesto possa sviluppare le connessioni vascolari indispensabili per il suo attecchimento.

In caso di perdita di sostanza con fondo non granuleggiante e/o esposizione del piano osteo-cartilagineo, è necessaria la copertura con un lembo, che in quanto vascolarizzato è in grado di apportare sia tessuto di copertura sia vascolarizzazione.

Gli innesti attualmente utilizzati sono prevalentemente di tessuto autologo, poiché gli innesti con tessuto omologo ed eterologo, precedentemente impiegati nelle ustioni estese, sono stati quasi completamente sostituiti dagli impianti alloplastici di derma artificiale.

Si distinguono due tipi di innesti: a spessore parziale e a tutto spessore.

Innesti a spessore parziale

Possono essere sottili, medi o spessi (Fig. 38.2) e interessano l'epidermide e parte del derma. Vengono prelevati con i *dermotomi*, speciali strumenti manuali o elettrici che consentono di

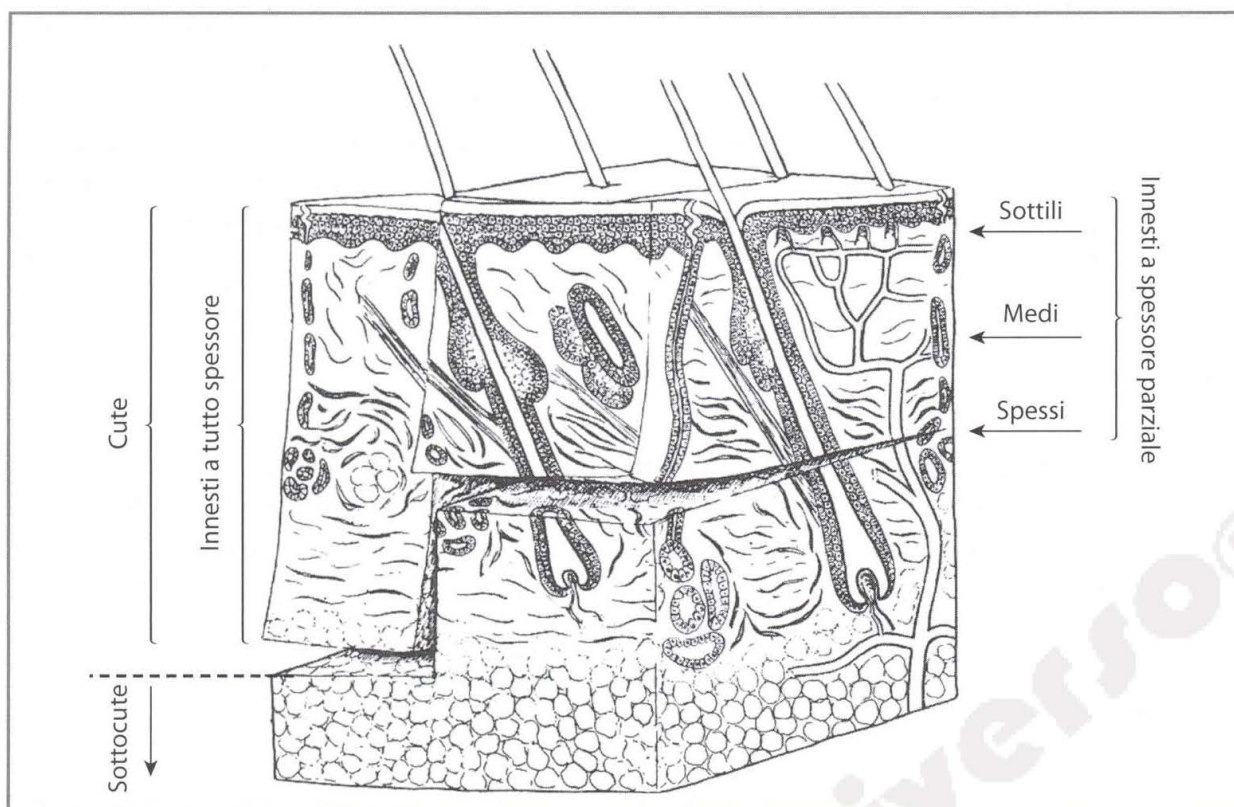


FIGURA 38.2 Classificazione degli innesti secondo lo spessore.

asportare una sottile e regolare “sfoglia di cute”. Le zone donatrici, che sono per lo più la zona esterna delle cosce, la regione glutea e la superficie interna del braccio, guariscono spontaneamente nell’arco di un paio di settimane per riepitelizzazione dal fondo della lesione, lasciando esiti modesti.

I *vantaggi* degli innesti a spessore parziale sono la disponibilità di ampie superfici di cute da innestare, la maggiore facilità di attecchimento, la guarigione spontanea dell’area donatrice, la rapidità di esecuzione.

Gli *svantaggi* sono rappresentati dall’aspetto estetico scarsamente soddisfacente a causa della possibilità di ipo- o iperpigmentazione, della tendenza alla retrazione e dell’insufficiente copertura dei piani profondi.

Innesti a tutto spessore

Interessano l’epidermide e il derma a tutto spessore. Vengono prelevati escidendo con il bisturi una losanga di cute fino al tessuto sottocutaneo e procedendo successivamente allo sgrassamento dell’innesto, cioè alla rimozione dei residui di grasso sottocutaneo dalla superficie profonda del derma. Le zone di prelievo sono quelle con cute lassa, in cui l’area donatrice può essere chiusa per sutura diretta con accostamento dei margini: regione retro-auricolare, regioni inguinali, regione volare del polso e del gomito, regione sopraclavicolare.

I *vantaggi* degli innesti a tutto spessore sono essenzialmente rappresentati dal risultato estetico migliore. Infatti, l’innesto ha caratteristiche qualitativamente superiori, minore tendenza alla retrazione e all’ipo- o iperpigmentazione e maggiore spessore con buona copertura dei piani profondi: per questo gli innesti a tutto spessore sono preferibili per la copertura di perdite di sostanza del viso.

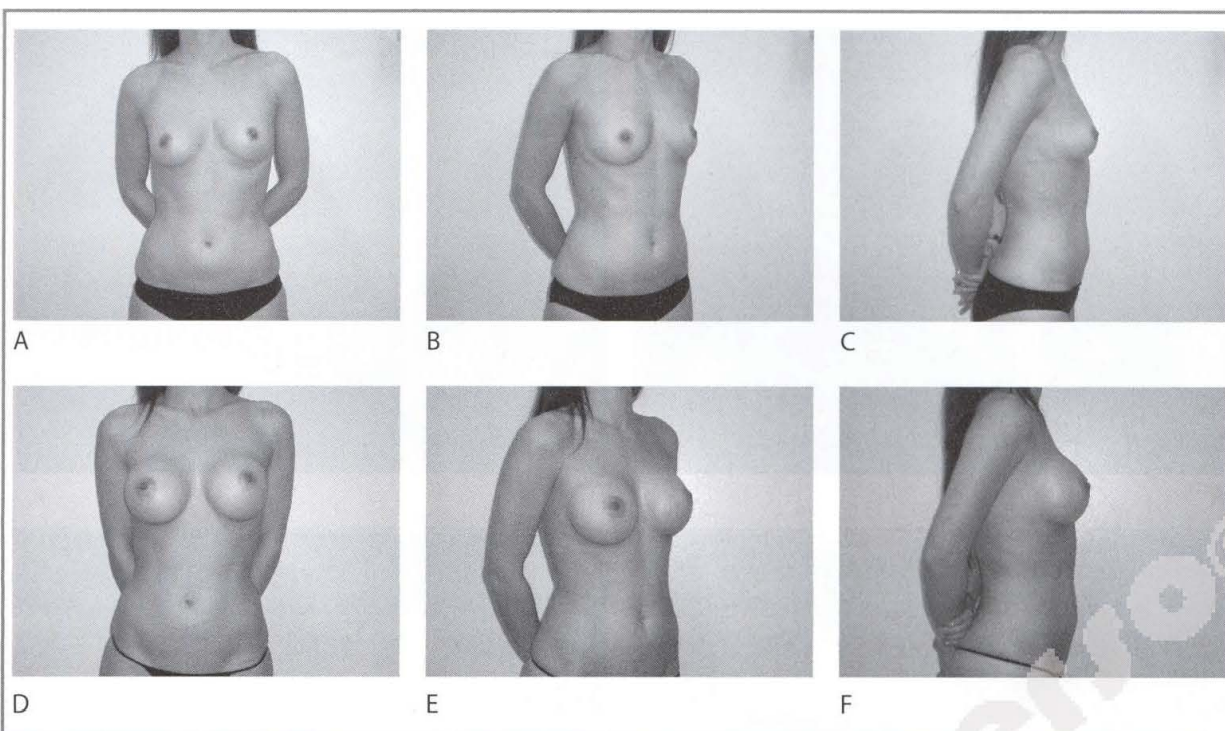


FIGURA 38.3 Mastoplastica additiva estetica A, B, C. Preoperatorio. D, E, F. Post-operatorio (casistica G. Dal Pra).

mente migliori rispetto a quello che si ottiene con i meccanismi di guarigione spontanea (Figg. 38.4 e 38.5).

- In chirurgia estetica è anche molto diffuso l'utilizzo di sostanze iniettabili, denominati *filler*, per riempire le rughe e distendere la cute, soprattutto del viso, ottenendo un effetto di "ringiovanimento".

38.3 Lembi

Si definisce *lembo* il trasferimento di un tessuto da un sito donatore a un sito ricevente, con conservazione della sua connessione vascolare arteriosa e venosa, denominata *peduncolo*. Il presupposto fondamentale del suo attecchimento è quindi il mantenimento di una buona vascolarizzazione attraverso il peduncolo vascolare.

Per quanto riguarda le *indicazioni* all'utilizzo dei lembi, va osservato che essi non necessitano, al contrario degli innesti, di una zona ricevente con un buon tessuto di granulazione: anzi, apportando una vascolarizzazione propria, possono persino migliorare il trofismo della zona ricevente. Richiedono interventi più complessi rispetto agli innesti, ma consentono una riparazione più efficiente sia dal punto di vista funzionale sia sotto il profilo estetico, assicurando anche buona copertura alle strutture situate profondamente alla perdita di sostanza (osso, cartilagine, visceri, vasi).

Una prima distinzione può essere compiuta tra lembi pedunculati e lembi liberi:

- i *lembi pedunculati* mantengono il peduncolo vascolare connesso con la zona di origine;
- nei *lembi liberi* il peduncolo vascolare viene preparato, staccato e successivamente anastomizzato, con un'anastomosi microvascolare arteriosa e venosa, ai vasi della zona ricevente.



FIGURA 38.4 Impianti di derma artificiale che viene incollato perifericamente alla perdita di sostanza previa toilette chirurgica A, B, C. Preoperatorio. D, E, F. Post-operatorio (casistica G. Dal Pra).

In rapporto al *tipo di vascolarizzazione*, si distinguono lembi random e lembi assiali:

- nei *lembi random* la vascolarizzazione non si basa su un vaso assiale costante. Quindi, affinché la loro irrorazione sia sufficiente, devono avere un peduncolo abbastanza largo in

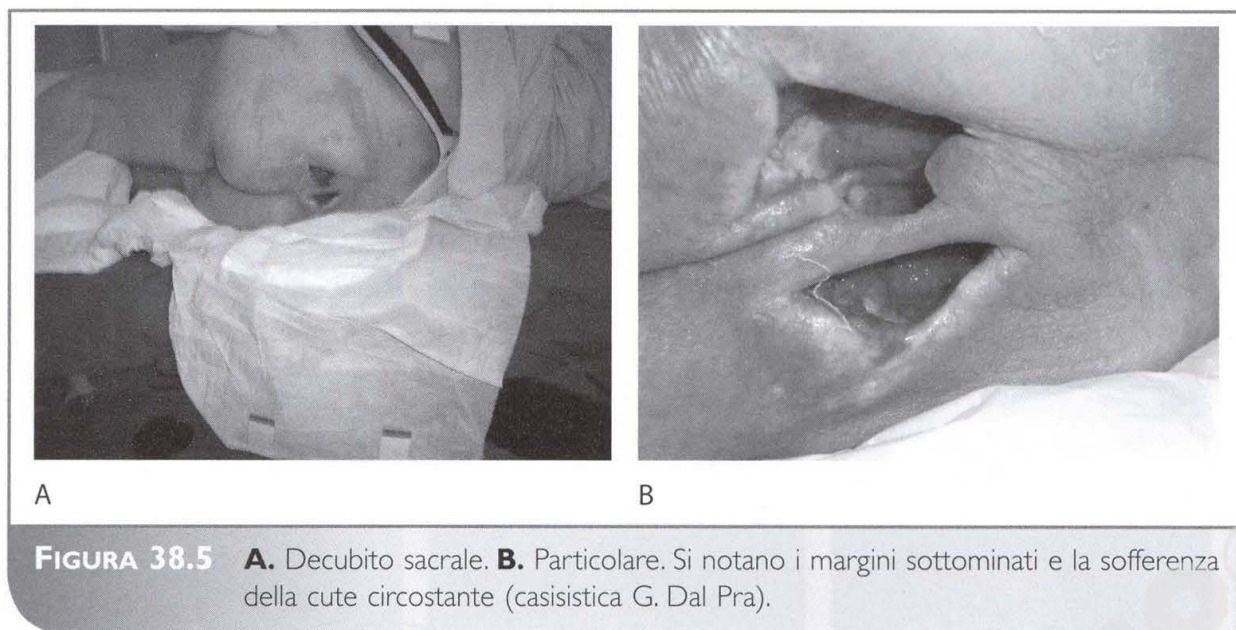


FIGURA 38.5 **A.** Decubito sacrale. **B.** Particolare. Si notano i margini sottominati e la sofferenza della cute circostante (casisistica G. Dal Pra).

rapporto alla lunghezza del lembo. Sono esempi di lembi random tutti i *lembi di vicinanza* (plastiche a z, plastiche v-y e y-v, lembi di avanzamento, lembi di rotazione, lembi di scorrimento), utilizzati per le coperture di perdita di sostanza vicine alla zona donatrice e di dimensioni limitate (Fig. 38.6);

- nei *lembi assiali* la vascolarizzazione si basa su un vaso assiale costante. Quindi le dimensioni del peduncolo non sono importanti, essendo soltanto necessario che in esso sia rispettato il vaso assiale: questi lembi hanno pertanto un movimento più ampio, sono di maggiori dimensioni e apportano una maggiore quantità di tessuto. Esempi di lembi assiali sono i *lembi a distanza*, utilizzati per la copertura di ampie perdite di sostanza lontane dalla zona donatrice, come i lembi fasciocutanei, così come i lembi miocutanei utilizzati per la ricostruzione della mammella (lembo toraco-dorsale laterale, lembo di gran dorsale, TRAM) e tutti i lembi liberi (Fig. 38.7).

I rapporti al *tipo di tessuto* si possono distinguere:

- *lembi semplici*, costituiti da un solo tipo di tessuto (cutanei, dermici, muscolari);
- *lembi composti*, costituiti da più tipi di tessuto (fasciocutanei, miocutanei, osteo-miocutanei ecc.).

Nel periodo post-operatorio è necessario medicare i lembi con garze grasse, valutarne frequentemente la vitalità e verificare che non si creino, al di sotto di essi, essudati e secrezioni che potrebbero determinare trazioni sulle suture o ischemizzare il lembo comprimendolo; se sono presenti drenaggi, si devono monitorare la quantità e il tipo di liquido che fuoriesce e va verificato il loro corretto funzionamento.