

# Chirurgia della faccia interna della guancia

C.-A. Righini, E. Reyt

*I tumori della faccia interna della guancia, più rari rispetto alle altre localizzazioni della cavità orale, sono più frequenti nei paesi asiatici perché associati al tabacco da masticare (betel). Sono classificati in lesioni precancerose o cancerose di origine mucosa (carcinoma squamocellulare) o ghiandolare (adenocarcinoma o carcinoma adenoide cistico). Le lesioni precancerose richiedono una resezione limitata per un'analisi anatomopatologica dettagliata e i tumori diagnosticati maligni possono beneficiare di una resezione chirurgica limitata ma estesa in profondità ai muscoli della guancia. Se la resezione della guancia (giugale) resta limitata, la riparazione tissutale non è obbligatoria. Resezioni più estese richiedono una ricostruzione con lembo muscolare, muscolocutaneo, peduncolato o meno, o, altrimenti, dei lembi compositi che includono elementi ossei, specialmente in caso di resezione mandibolare. Si associa, di solito, una resezione linfonodale omolaterale dovuta alla linfomia.*

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Cancro; Faccia interna della guancia; Cavità orale; Ricostruzione della faccia interna della guancia; Lembi

## Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Richiami anatomici	1
■ Classificazione istologica	2
■ Condotta da tenere in presenza di una lesione della faccia interna della guancia e valutazione preoperatoria	3
■ Trattamento chirurgico	4
Generalità	4
Tecniche di escissione	4
Tecniche di ricostruzione	7
■ Conclusioni	14

## ■ Introduzione

Questo trattato si limita alla chirurgia dei tumori della faccia interna della guancia. La grande maggioranza di questi tumori si sviluppa nella mucosa, più raramente a scapito delle ghiandole salivari accessorie e in maniera eccezionale a scapito delle strutture nervose (tumori mesenchimali). Può trattarsi di tumori benigni o maligni, ma esiste un gruppo di lesioni dette "preneoplastiche", che costituiscono un link intermedio tra i due gruppi precedenti. Quest'ultimo gruppo impone spesso un intervento chirurgico limitato, denominato "biopsia escissionale", a scopo diagnostico. Per quanto riguarda i tumori maligni, la chirurgia è il trattamento di scelta, a condizione che sia realizzabile; questa deve tenere conto delle strutture anatomiche della guancia che sono da una parte il dotto parotideo e, dall'altra, il nervo facciale; tutte le lesioni di una di queste due strutture avranno delle conseguenze funzionali postoperatorie. Sempre a proposito dei tumori

maligni, la maggior parte è rappresentata dai tumori malpighiani (Fig. 1). Questi sono spesso diagnosticati in fase avanzata, in modo da richiedere una chirurgia escissionale molto ampia, soprattutto quando colpiscono l'osso mandibolare e/o sono infiltranti con un danno alla cute della guancia (Fig. 2). I progressi nel campo della chirurgia ricostruttiva con i lembi liberi microanastomizzati hanno considerabilmente migliorato i risultati estetici e funzionali per i pazienti operati di questo tipo di lesioni.

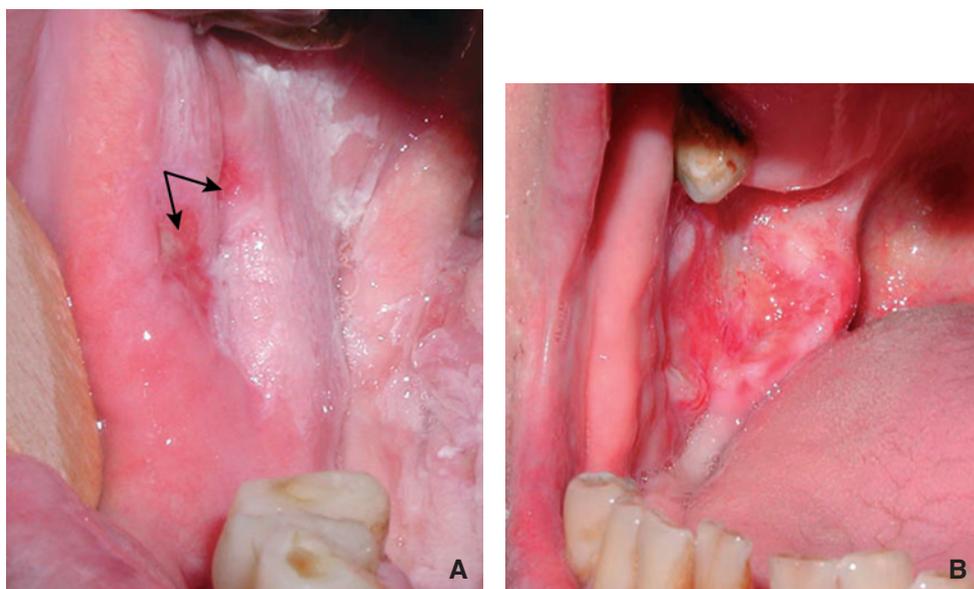
## ■ Richiami anatomici

La faccia interna della guancia corrisponde alla parete laterale della cavità orale [1]. Si tratta di una superficie piana e quadrilaterale, delimitata, in avanti, da un piano frontale che passa per l'intera commissura labiale (angolo della bocca), indietro dal bordo anteriore del muscolo massetere, in alto dal fondo del solco gengivolabiale superiore e, in basso, dal fondo del solco gengivolabiale inferiore.

Dall'interno verso l'esterno, la guancia comprende tre piani: la mucosa, i piani muscolari (superficiale e profondo) e la cute (Fig. 3A).

La mucosa tappezza la faccia interna del piano muscolare profondo alla quale aderisce; si incurva per formare le gengive superiori e inferiori; continua in avanti con la mucosa delle labbra e, indietro, con quella dell'orofaringe. Questa mucosa comprende numerose ghiandole salivari accessorie. Presso il colletto del secondo molare superiore, si trova l'ostio del dotto parotideo (orifizio di Stenone), delimitato da un piccolo colletto mucoso.

Il piano muscolare profondo è costituito dal muscolo buccinatore, che segna il limite tra la faccia interna ed esterna della guancia. Si tratta di un muscolo spesso, rettangolare, composto da tre fasci: superiore, medio e inferiore. Indietro, prende origine

**Figura 1.**

**A.** Carcinoma della faccia interna della guancia destra sviluppato a partire da un lichen planus (freccie: zone di degenerazione).

**B.** Carcinoma malpighiano della faccia interna della guancia destra in forma infiltrante.



**Figura 2.** Carcinoma malpighiano della faccia interna della guancia destra che ha infiltrato la cute della guancia. 1. Regione zigomatica; 2. commissura labiale.

sulla faccia esterna del bordo alveolare del mascellare, a livello della linea pterigomascellare, e sulla faccia esterna della mandibola, a livello della linea obliqua esterna; in avanti, si inserisce a livello della commissura labiale (Fig. 3B). Si tratta di un muscolo molto importante sul piano funzionale, che dona tonicità alla guancia e che permette l'ingrandimento o la riduzione della cavità orale a seconda delle sue diverse funzioni. Questo muscolo ha due rapporti importanti:

- il dotto parotideo, che lo perfora lungo una linea obliqua da dietro in avanti e dall'alto in basso tra il lobo dell'orecchio e l'ala del naso;
- una massa di grasso lobulato e ben individualizzato (corpo adiposo della guancia o bolla adiposa di Bichat), situata nella parte posterosuperiore della sua faccia esterna, a contatto con più muscoli masticatori, in particolare i muscoli petrigoideo mediale e il massetere. Questo corpo adiposo serve da piano di

scivolamento ai muscoli masticatori e costituisce una vera e propria sissarcosi; permette anche la comunicazione tra la guancia, la fossa temporale e la fossa pterigopalatina.

I muscoli superficiali sono nove in tutto e appartengono ai muscoli della guancia che dispongono di almeno un attacco cutaneo, ricoperti, sul loro versante esterno, dall'epidermide giugale; questi sono, dall'alto in basso, i muscoli nasolabiale, elevatore del labbro superiore, elevatore dell'angolo della bocca, piccolo e grande zigomatico, risorio, abbassatore dell'angolo della bocca, elevatore del labbro inferiore e muscolo mentoniero.

La vascolarizzazione è assicurata dai rami che hanno origine dall'arteria e dalla vena facciali.

Il drenaggio linfatico segue il drenaggio venoso. Al centro della guancia si trovano dei linfonodi molari che drenano, da una parte, verso la ghiandola parotide e, dall'altra, verso i linfonodi perifacciali, a contatto con la vena facciale dove essa contorna il bordo inferiore della mandibola, davanti al muscolo massetere; da lì, il drenaggio linfatico raggiunge i linfonodi sottomandibolari e giuglocarotidei.

L'innervazione motrice proviene dal nervo facciale che attraversa orizzontalmente la guancia, con dei rami motori destinati ai muscoli che si attaccano alla cute e al muscolo buccinatore. L'innervazione sensitiva proviene dal nervo trigemino, essenzialmente attraverso il nervo buccinatore, ramo del nervo mandibolare per la metà inferiore, e dal nervo infraorbitario, ramo del nervo mascellare, per la metà superiore.

## ■ Classificazione istologica

Tra i tumori della faccia interna della guancia, vi sono i tumori chiamati "primari", sviluppati a scapito della mucosa, delle ghiandole salivari accessorie e dei tessuti molli, e i tumori chiamati "secondari" o "metastatici"; il secondo gruppo di tumori è stato deliberatamente escluso da questa trattazione, così come sono stati esclusi i tumori di origine ematica e linfoide, poiché, nei due casi, il trattamento non è di natura chirurgica. I principali tipi istologici dei tumori primari del cavo orale ai quali appartiene la faccia interna della guancia, sono riassunti nella [Tabella 1](#); questa Tabella si ispira alla classificazione internazionale WHO del 2005 [2].

Tra le lesioni precancerose, vi sono quattro tipi di lesioni: le lesioni leucoplasiche, le lesioni eritroplasiche, il lichen planus (erosivo o meno) e la fibrosi sottomucosa (Fig. 4).

All'esame, le lesioni leucoplasiche corrispondono a delle placche biancastre, indolori; alla palpazione, queste lesioni sono superficiali, soffici e non sanguinanti al tocco. Devono essere

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109569>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109569>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)