



DAI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE E ODONTOIATRIA	
SCHEDA INFORMATIVA UOC DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE E ODONTOIATRIA Borgo Roma - P.le L. A. Scuro, 10 - 37134 Verona	MA 28 Rev. 3 del 04/08/2023 Pagina 1 di 11

Aggiornamento del 14/07/2025

DIRETTORE

Prof. Pier Francesco Nocini

ORARI E CONTATTI DELLA SEGRETERIA

Segreteria di Direzione

Sig.ra Luciana Specchierla (seg univr), Sig.ra Isabella Lavagnini, Sig. Diego Sasso

Dal lunedì al giovedì dalle ore 08.00 alle 13.00 e dalle 14.00 alle 16.00 e il venerdì dalle ore 08.00 alle 13.00

E-mail: chirurgia.maxillo.odonto@aovr.veneto.it

ORARIO DI APERTURA DELL'AMBULATORIO

Dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 16.00

ORARIO DI ACCETTAZIONE E ACCESSO ALL'AMBULATORIO

Dal lunedì al venerdì dalle ore 08.00 alle 14.00.

Il sabato dalle ore 08.00 alle 13.00

ACCESSO DIRETTO AMBULATORIALE

Dal lunedì al venerdì con orario 08.00 -14.00 e sabato 08.00 – 13.00 accesso diretto **senza impegnativa**, la prestazione viene ritenuta (codice bianco) quindi sempre pagante ad eccezione delle prestazioni considerate urgenze infettive antalgiche dal Medico responsabile.

[Scarica il modulo anamnesi](#) da consegnare compilato all'accesso al servizio

ORARI E CONTATTI DI ACCETTAZIONE/INFORMAZIONI DELL'AMBULATORIO

Sig.ra Simona Viorica Damian, Sig. Flavio Gecchele, Sig.ra Sara Petazzini

Dal lunedì al giovedì dalle ore 09.00 alle 15.00, il venerdì dalle ore 09.00 alle ore 14.00 e il sabato dalle ore 09.00 alle 12.30.

Tel 045 8126768

Centralino: 045 812 1111

Sito web aziendale: www.aovr.veneto.it

Facebook e Instagram: “Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona”

ORARI E CONTATTI COORDINATORE AMBULATORIO

Sig.ra Simonetta Carolei

Dal lunedì al venerdì dalle ore 08.30 alle 14.00 (festivi esclusi)

Tel. 045 8126991

Fax 045 8124912

mail: simonetta.carolei@aovr.veneto.it

ORARI E CONTATTI COORDINATORE REPARTO DEGENZE

Sig.ra Serena Ravani

Dal lunedì al venerdì dalle ore 08.30 alle 14.00 (festivi esclusi)

Tel. 045 8124475

Fax 045 8124847

mail: serena.ravani@aovr.veneto.it

REPARTO: visite degenti

Tutti i giorni dalle ore 18.30 alle 20.00



PRENOTAZIONE

1° Visita Maxillo facciale (non odontoiatrica) prenotabile esclusivamente a CUP con impegnativa SSN

Prestazioni prenotabili presso gli ambulatori telefonicamente al numero 0458126768 con orari :

dal lunedì al giovedì dalle ore 09,00 alle 15.00, il venerdì dalle ore 09.00 alle ore 14.00 e il sabato dalle ore 09.00 alle 12.30 oppure di persona con gli stessi orari sempre con impegnativa SSN :

1° Visita Maxillo facciale pediatrica (0-14)

1° Visita Protesica

1° Visita Conservativa

1° Visita Endodontica

1° Visita Gnatologica

1° Visita Parodontologica

1° Visita Ortodontica Pediatrica (0-14)

1° Visita Ortodontica

1° Visita Pedodontica (0-14)

DISDETTE

Le disdette delle prestazioni sopraelencate vanno effettuate al CUP telefonicamente 24 ore su 24 al numero

dedicato 840 000 877 oppure direttamente al servizio di odontoiatria sia telefonicamente al numero

0458126768 con orari dal lunedì al giovedì dalle ore 09.00 alle 15.00, il venerdì dalle ore 09.00 alle ore 14.00 e il sabato dalle 09.00 alle 12.30 oppure di persona con gli stessi orari

Quando non ci si può presentare alla visita e/o per l'esame prenotato, **la disdetta va fatta 4 giorni lavorativi**

prima dell'appuntamento sia per consentire il recupero del posto lasciato libero che per non incorrere nel

pagamento della prestazione per intero (**vedi mancata disdetta**).

EQUIPE MEDICA

Prof. Pier Francesco Nocini – Direttore

Prof. Massimo Albanese – Vice Direttore

Prof. Dario Bertossi

Dott. Andrea Fior

Prof. Antonio D'Agostino

Dott.ssa Emanuela Fraccari

Dott. Fabio Lonardi

Dott. Giorgio Barbera

Prof. Daniele De Santis

Prof. Giorgio Lombardo

Dott. Andrea Compri

EQUIPE ODONTOIATRICA

Prof.ssa Francesca Zotti

Dott. Alessandro Zangani

Dott. Paolo Faccioni

Dott. Giulio Conti



PERSONALE TECNICO ASSISTENZIALE

ODONTOTECNICO: Sig. Pigozzi Flavio

FOTOGRAFO: Sig. Scorsin Alberto

lunedì e martedì dalle ore 9.00 alle 13.00

giovedì dalle ore 9.00 alle 12.00

Tel. 045 8124674

LIBERA PROFESSIONE

Prof. Pier Francesco Nocini – Direttore

UNITA' OPERATIVA

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE E ODONTOIATRIA

SEDE : BORGO ROMA : AMBULATORIO PIASTRA ODONTOIATRICA PIANO TERRA

ORARIO: IL LUNEDÌ E IL GIOVEDÌ DALLE 15,30 ALLE 17,30

TARIFFA: EURO 200,00

DISCIPLINA: CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE E ODONTOIATRIA

PRENOTAZIONE AL CUP TEL. NR 045 2455677

Dott. Giulio Conti – Odontoiatra

UNITA' OPERATIVA

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE E ODONTOIATRIA

SEDE : BORGO ROMA : AMBULATORIO PIASTRA ODONTOIATRICA PIANO TERRA

ORARIO: IL MARTEDÌ DALLE 15.00 alle 16.00

TARIFFA: EURO 97,00

DISCIPLINA: ODONTOIATRIA PEDIATRICA

PRENOTAZIONE AL CUP TEL. NR 045 2455677

AMBULATORI

Chirurgia endoscopica

La chirurgia naso-sinusale (chirurgia del naso e dei seni paranasali) ha subito negli ultimi anni notevoli sviluppi grazie all'introduzione di strumenti chirurgici di nuova concezione e di apparecchiature endoscopiche (ottiche di varie genere).

Il rinocirurgo si avvale di questi nuovi strumenti, di telecamere e monitor televisivi per eseguire gli interventi chirurgici sulle strutture delle cavità nasali e dei seni paranasali.

L'utilizzo di queste nuove tecniche consente un più accurato controllo e radicalità degli atti chirurgici ed una maggiore sicurezza per il paziente.

E' stato messo a punto negli ultimi tempi anche un sistema computerizzato che basandosi sui reperti della TAC eseguita dal paziente e sul rilevamento della posizione degli strumenti all'interno delle strutture nasali consente una vera e propria "navigazione chirurgica assistita".

Oggi sono inoltre a disposizione dell'otorinolaringoiatra nuovi strumenti che possono essere usati in endoscopia per eseguire le operazioni in modo "mini invasivo" : laser di vario tipo, debrider, coblator, bisturi a radiofrequenza.



Chirurgia orale

La patologia orale comprende tutte le lesioni a carico di denti, tessuti molli e ossei. Si svolge attraverso le estrazioni chirurgiche, gli innesti ossei, l'implantologia dentaria e le biopsie o la rimozione di lesioni intra ed extraossee.

DENTI DEL GIUDIZIO

I denti del giudizio, o terzi molari, sono gli ultimi denti a svilupparsi ed a comparire nella bocca. Sono chiamati “denti del giudizio” perchè solitamente erompono verso 18-20 anni, nella cosiddetta ‘età della ragione’. La posizione normale dei denti del giudizio è posteriore ai II molari. Spesso i mascellari dell'uomo attuale non sono sufficientemente ampi per accogliere i 4 denti del giudizio. Questa è la ragione per la quale i denti del giudizio sono gli elementi dentari che più frequentemente degli altri elementi sono fonte di problemi. Infatti inoltre una buona percentuale delle persone i III molari rimangono, per mancanza di spazio, nella arcate dentarie in inclusione, parziale o totale.

Denti del Giudizio Inclusi:

Quando un dente del giudizio viene bloccato nella sua eruzione nell'arcata dentaria viene definito “incluso”. Un dente può essere parzialmente incluso, quando una sua parte riesce ad emergere dalla mucosa buccale ma non riesce a raggiungere una corretta posizione nell'arcata dentaria, oppure può essere totalmente incluso quando rimane sommerso dall'osso che lo avvolge e dalla mucosa. Il dente parzialmente incluso può essere fonte di problemi gravi come dolore, infezioni o può spostare gli altri elementi dentari. Per gli elementi totalmente inclusi problemi ancora maggiori possono insorgere se la membrana che avvolge il dente si riempie di liquido formando una cisti all'interno dell'osso mascellare. L'allargarsi di questa cavità può essere fonte di danni permanenti all'osso, ai denti ed alle strutture nevoidi coinvolte. Se la cisti non viene trattata è possibile che dalle sue pareti si possa sviluppare un tumore la cui resezione sarà necessariamente più ampia della dimensione della cisti. I danni provocati dai denti del giudizio possono essere poco sintomatici od anche asintomatici, cosicché è possibile che un paziente abbia dei danni senza che egli lo sappia. E' importante sapere che durante la crescita dei terzi molari le loro radici si allungano e l'osso che li avvolge diventa più duro, meno elastico. Perciò più una persona invecchia, più diventa difficile l'estrazione e quindi le complicazioni possono essere maggiori. Inoltre le persone adulte è più facile che vadano incontro a elementi sintomatici. Per tutte queste ragioni è consigliabile che i denti del giudizio vengano estratti anche se sono asintomatici.

Come vengono trattati i Denti Del Giudizio:

Il trattamento dei III molari implica l'utilizzo di tecniche chirurgiche appropriate per il singolo caso. Se i denti del giudizio sono correttamente erotti e sufficiente sottoporsi a controlli periodici per assicurarsi che non si creino dei processi cariosi. Anche piccole anomalie di posizione devono essere accuratamente valutate ed eventualmente si deve decidere per l'estrazione. L'estrazione del giudizio può essere effettuata in ambiente ambulatoriale, anche se a volte è necessario ricorrere al ricovero ospedaliero. Se il dente è incluso, è necessario

praticare un'incisione nella mucosa per poter esporre il dente o l'osso che lo ricopre, in questi secondo caso si andrà a rimuovere una parte di osso per poter scalzare il dente oppure per poterlo tagliare in più parti che vengono poi estratte una alla volta. Solitamente questa procedura richiede un'ora di lavoro, ma il tempo dell'operazione varia in base alla sua difficoltà. Nella maggior parte dei casi si può riprendere le proprie normali attività nel giro di qualche giorno.

Prima

dell'operazione:

Prima che il chirurgo decida se i denti del giudizio debbano essere rimossi effettua una visita del paziente e discute le opzioni possibili. L'esame include anche una valutazione di indagini radiologiche (OPT ed eventualmente TC) volte a sondare la posizione dei denti ed i loro rapporti con le strutture adiacenti (NAI, nervo alveolare inferiore e seno mascellare). Viene raccolta un'anamnesi completa con particolare attenzione ad allergie, medicinali assunti abitualmente e patologie generali che possono essere fonte di problemi durante l'atto chirurgico o l'anestesia. Il chirurgo valuterà la bocca cercando segni d'infezione, che può essere una controindicazione all'estrazione in anestesia locale per il dolore che il paziente può provare. E' importante informare il chirurgo di ogni eventuale medicina assunta per una corretta programmazione dell'atto chirurgico.

IMPLANTOLOGIA

L'implantologia consiste nell'inserimento nella struttura ossea mascellare e/o mandibolare, divenuta edentula, di piccoli manufatti di varie forme e dimensioni, composti di materiale biocompatibile, che, una volta perfettamente osteointegrati, risultano atti a creare un appoggio a corone o ad altri tipi di protesi dentaria, o ad ovviare al problema della mancanza sia di un singolo elemento dentario sia di intere arcate.

L'impianto dentale in qualità di radice artificiale inserita stabilmente e funzionalmente nell'osso riesce a sostenere efficacemente una capsula singola o un ponte, oppure può considerarsi un ottimo ancoraggio per una protesi removibile instabile o mal tollerata dal paziente. L'impianto dentale riproduce altresì quello stimolo funzionale tipico della radice naturale sull'osso, che gli permette di mantenere nel tempo forma e anatomia, evitando perciò il processo di riassorbimento che consegue alla perdita dei denti e che è ancora più marcato sotto la pressione delle dentiere.

I vantaggi dell'implantologia dentale sono quindi:

1) Sostituzione del dente o dei denti mancanti in modo funzionale, estetico, duraturo nel tempo.^[1] 2) Conservazione dell'integrità dei denti naturali vicini ai denti mancanti che non vengono coinvolti nella protesi.^[2] 3) Ricostruzione e conservazione dell'anatomia di osso e gengive delle aree edentule.^[3] Lo specialista, dopo un'attenta visita preliminare e accurata valutazione anamnestica, supportata da metodologie strumentali tra le più moderne per effettuare una diagnosi, potrà consigliare al paziente quale può essere la migliore soluzione al caso clinico in esame. In taluni casi è possibile effettuare impianti e protesizzazione degli stessi in un'unica seduta, talvolta anche immediatamente dopo l'estrazione dentale, senza dover aspettare i tempi di guarigione ossea, né quelli di integrazione dell'impianto nell'osso.

L'intervento chirurgico di implantologia, si effettua in anestesia locale, in particolari casi clinici ci si avvale della collaborazione del



medico anestesista per realizzare una sedazione. Possono essere candidati all'implantologia solo quei pazienti che hanno un'ottima abitudine all'igiene orale domiciliare e che accettino controlli del cavo orale periodici e sedute di igiene dentale. Non devono essere sottoposti all'implantologia, perché ad alto rischio di insuccesso, pazienti affetti da malattie sistemiche, diabete scompensato, disturbi della coagulazione, sottoposti a radioterapia e fumatori. La TC Dentascan, che ci fornisce immagini tridimensionali accurate, è un avveniristico esame diagnostico atto a pianificare un intervento di implantologia.

Carico immediato:

Ultima frontiera dell'implantologia è la possibilità di effettuare in una unica seduta, la rimozione dei denti non più curabili, l'inserimento degli impianti e l'applicazione della protesi. Questo grazie alla programmazione computerizzata e virtuale della procedura chirurgica, che ci permette di costruire la protesi ancora prima della terapia implantare. La tecnica sfrutta l'acquisizione delle immagini della tac, che ci mostra in 3d dove poter inserire gli impianti con estrema precisione, e ci svela siti ossei che non avremmo mai potuto immaginare potessero essere sfruttabili. Questa metodica riduce i tempi ad una sola seduta operatoria, non necessita di un intervento invasivo (senza apertura gengivale, quindi senza suture, gonfiore e dolore), e, permette di inserire un maggior numero di impianti, a favore di una più sicura riuscita del caso. Vengono richiesti obbligatoriamente disponibilità ai richiami periodici di controllo. Necessità di prendersi cura degli impianti come si fa con i propri denti, perché gli stessi elementi batteriologici che causano le malattie parodontali e ci fanno perdere i denti, allo stesso modo possono creare gli stessi problemi sugli impianti, portandoli alla mobilità. Tutto il materiale chirurgico e implantare usato è confezionato secondo le moderne disposizioni legislative internazionali da aziende leaders nel settore, risponde agli standards di qualità e sicurezza ed è dotato di certificazioni di garanzia.

Riabilitazione implantare del dente singolo:

L'inserimento di un impianto per sostituire un singolo elemento mancante presenta innumerevoli vantaggi rispetto ad una protesi tradizionale. In particolar modo l'impianto può evitare il ricorso ad una protesi tradizionale a ponte, che richiederebbe il ricoprimento protesico dei denti adiacenti al sito edentulo. Inoltre il carico masticatorio del dente mancante non andrebbe a ricadere sui denti adiacenti, riducendone lo stress. Anche da un punto di vista igienico la pulizia di elementi singoli è sicuramente più agevole di quella di elementi uniti da un ponte. A fronte di un miglior risultato clinico, la sostituzione di un elemento mancante con uno implantare non è più dispendioso di una protesi a ponte tradizionale.

Riabilitazione implantare multipla:

Anche nel caso di diversi denti mancanti gli impianti possono risultare preziosi per sostituire più elementi in modo fisso, evitando il ricorso a poco confortevoli protesi mobili. In presenza delle premesse adeguate si può arrivare a riabilitare anche un'arcata priva di denti con una protesi completamente fissa.

Riabilitazione implantare overdenture:

Anche nei casi in cui non vi siano le condizioni necessarie o la volontà di eseguire una riabilitazione fissa, gli impianti possono essere molto utili per stabilizzare e quindi rendere molto più confortevoli le protesi mobili totali (dentiere). Gli impianti, in numero di 2 o 4 in questo caso vengono sfruttati per agganciare le protesi all'arcata impedendone i movimenti indesiderati.

Innesti ossei:

Gli impianti per avere un buon risultato estetico e funzionale, ma soprattutto un'adeguata stabilità nel tempo hanno bisogno di essere completamente inseriti in un osso di qualità e quantità adeguati. In alcuni casi la perdita d'osso causata da una edentulia protratta o in esiti di trauma o neoplasie, può essere ovviata tramite l'innesto d'osso prelevato dallo stesso paziente (in altri siti della bocca) da donatore (osso cosiddetto di banca) o tramite osso di altra origine (sintetica o animale). In realtà si tratta unicamente della struttura cristallina e minerale estratta da ossa bovine. Tramite severissimi processi chimici tale osso è stato completamente privato di qualsiasi struttura proteica animale e pertanto di animale non ha più assolutamente nulla (neppure il più lontanissimo rischio per i pazienti). La scelta della tipologia di osso da innestare viene valutata dall'operatore e discussa con il paziente al fine di opzionare il materiale con i migliori presupposti di ricostruzione ossea in base alle caratteristiche biologiche del paziente e del difetto da rigenerare. Tuttavia ogni paziente viene sempre attentamente informato sulla necessità di impiegare questi ausili della biotecnologia e può pertanto decidere di astenersi e concordare con lo specialista le possibili alternative.

Che cos'è La Chirurgia Guidata:

La Chirurgia Guidata è un concetto di trattamento completo per tutte le indicazioni relative agli impianti dentali, quali diagnosi, pianificazione e posizionamento. Il vantaggio per l'operatore chirurgico è dato dall'integrazione digitale dell'assetto dentale diagnostico tradizionale con una vista 3D completa dell'anatomia radiologica del paziente come base per valutare e definire le posizioni degli impianti. Il processo decisionale è dettato dalle necessità protesiche e si basa sulla disponibilità e sulla qualità dell'osso.

Tutte le esigenze del paziente, biomeccaniche, funzionali ed estetiche, vengono gestite nel modo migliore possibile. ^[5]La Chirurgia Guidata offre la possibilità di effettuare interventi chirurgici minimamente invasivi sicuri e affidabili e supporta inoltre la funzionalità di carico masticatorio immediato post-chirurgico.

Endodonzia e Traumatologia Dentale

Con il termine endodonzia si intende quella branca dell'odontoiatria che si occupa della terapia dello spazio all'interno dell'elemento dentario (camera pulpare e canale), che contiene la polpa dentaria, costituita da componente cellulare, vasi e nervi.

Si ricorre alla terapia endodontica qualora una lesione cariosa o traumatica al dente abbia determinato una alterazione irreversibile del tessuto pulpare, fino alla necrosi (morte dello stesso). È possibile inoltre ricorrere a questa metodica qualora l'elemento dentario debba essere coinvolto in riabilitazioni protesiche che, a causa della notevole riduzione di tessuto dentale stesso, determinerebbero con alta probabilità un'alterazione pulpare irreversibile.

Microchirurgia ricostruttiva

La ricostruzione del viso racchiude molte tecniche Chirurgiche evolute negli ultimi vent'anni.

Può essere necessario ricostruire totalmente il volto o solamente parti di esso, in seguito a malformazioni, traumi oppure dopo



asportazione di tumori. A seconda che si tratti del naso, delle orecchie, della bocca, del mento, del collo, della fronte, degli occhi o dello scalpo, si dovrà procedere con una tecnica chirurgica diversa.

Per asportazioni più importanti del volto potremo utilizzare lembi di cute muscolo o osso o misti prelevati da un altro distretto anatomico. Le tecniche più moderne prevedono di demolire e ricostruire il distretto interessato in un unico tempo chirurgico.

Oggi i tessuti più versatili in chirurgia maxillo facciale vengono presi dall'avambraccio (lembo radiale) o dalla coscia per difetti maggiori e poi ricollegato grazie al microscopio ai vasi del collo. Per quanto riguarda i difetti di tessuti ossei essi vengono ricostruiti utilizzando lembi di perone e di scapola.

In questo modo dopo poche settimane anche di fronte ad ampie demolizioni garantiamo una completa ricostruzione del difetto.

I lembi microchirurgici sono utilizzati sempre più (da chirurghi plastici esperti) per ricostruire altre parti del viso come lo scalpo, la fronte, il naso, le orecchie e tante altre ancora. A seconda del tipo di tessuto che viene prelevato per la ricostruzione (pelle, muscolo, ossa o tessuti compositi) questo potrà essere rimodellato per ricostruire al meglio la parte asportata dalla demolizione del tumore

Odontoiatria conservativa

L'odontoiatria conservativa è una branca dell'odontoiatria restaurativa che si occupa della cura dei denti interessati da processi cariosi, delle procedure per l'eliminazione della carie e di quelle relative alla chiusura delle cavità risultanti dall'eliminazione dello smalto e della dentina cariata, tramite l'utilizzo di appositi materiali.

Le carie possono essere superficiali o profonde. Nel primo caso ci si limita ad asportare parte della dentina e dello smalto interessati dalla carie, otturando il dente con appositi materiali (amalgama d'argento o compositi). L'uso degli amalgami d'argento (a causa del contenuto in mercurio) è stato sostituito ormai dai materiali compositi che per le loro caratteristiche adesive permettono una preparazione della cavità cariosa meno ampia rispetto all'uso dell'amalgama che richiedeva cavità dalle caratteristiche particolari perché fossero ritenive. Nelle carie profonde vi può essere un interessamento della polpa del dente, contenente anche le fibre nervose, e allora si ricorre alla cura canalare detta anche devitalizzazione.

Il termine conservativa indica l'obiettivo di tali cure, cioè di conservare i denti altrimenti distrutti dalla carie.

Ortodonzia

L'ortodonzia, anche chiamata ortognatodonzia, è quella particolare branca dell'odontoiatria che studia le diverse anomalie della costituzione, sviluppo e posizione dei denti e delle ossa mascellari.

Essa ha lo scopo di prevenire, eliminare o attenuare tali anomalie mantenendo o riportando gli organi della masticazione e il profilo facciale nella posizione più corretta possibile.

La pratica ortodontica consiste sostanzialmente in due tipi di terapia che molto spesso sono consequenziali.

Terapia chirurgica: si attua estraendo quei denti che ostacolano l'allineamento e l'articolazione degli altri o la corretta posizione dento-facciale.

Terapia meccanica: si attua mediante la costruzione di diversi tipi di apparecchi che potremo suddividere in:

Apparecchi attivi: agiscono direttamente con la loro forza quando viene attivata (es. apparecchi con viti, archi, molle ecc.)

Apparecchi passivi: sfruttano le forze masticatorie essendo di per sé inattivi (es. placca vestibolare, piano inclinato, ecc.)

Apparecchi ortodontici fissi

Vengono usati per curare i disallineamenti, in quanto riescono a spostare i denti nella direzione voluta dall'ortodonzia. Sono formati da vari fili in materiale metallico, elastici, attacchi (bracket), tubi o bande sui molari, che aumentano la difficoltà a rimuovere correttamente dai denti la placca batterica e rendono problematico l'uso del filo interdentale. L'apparecchio fisso è costituito da placchette (dette anche piastrine, piastrelle o bracket) che tengono fermo il filo (o arco) ortodontico, metallico, il mezzo principale nel raddrizzamento dei denti. Oggi esistono, per ragioni estetiche, bracket in ceramica o in composito che si avvicinano al colore naturale dei denti. Sui molari normalmente i bracket non vengono applicati direttamente sullo smalto dei denti, ma ad anelli metallici detti bande che abbracciano la corona dentaria. In alcuni casi l'effetto ortodontico non si può ottenere solo con l'uso dell'arco ortodontico, ma è necessaria l'applicazione di elastici che servono ad ottenere lo spostamento degli elementi dentari. Altra componente dell'apparecchio sono i ganci, situati presso le placchette dei canini, dei premolari e dei molari, sui quali si agganciano gli elastici. Il filo è tenuto in sede nei bracket da legature metalliche o elastiche, che ne permettono più o meno lo scorrimento a seconda della tecnica ortodontica utilizzata. Esiste infine un tipo di bracket, detto autolegante o di bassa frizione, nel quale non si usano legature poiché è studiato per incastrare l'arco e trattenerlo in sede con una sorta di sportellino.

Apparecchi mobili

Vengono invece usati per la correzione di malocclusioni più gravi e per le disformi dento-facciali; permettono movimenti limitati dei denti, generati da viti, molle e archi, ma permettono un riequilibrio armonico del terzo inferiore del volto dal punto di vista funzionale ed estetico, in quanto ottengono non solo un effetto ortodontico, cioè legato al movimento dei denti, ma anche ortopedico, in quanto correggono e guidano la crescita delle basi ossee. Gli apparecchi mobili sono principalmente utilizzati per modificare abitudini errate e comportamenti scorretti (ad esempio il succhiamento del dito) durante la crescita. Gli apparecchi mobili funzionali e ortopedici, influiscono positivamente sulla crescita e sullo sviluppo delle arcate e dei mascellari, agendo sia sulla componente ossea



che quella muscolare, cosa che l'apparecchio fisso non può fare. Hanno un costo generalmente inferiore rispetto agli apparecchi fissi, vengono preparati direttamente in laboratorio, e, al contrario di quelli fissi, non richiedono una particolare attrezzatura per essere regolati.

Da qualche anno vengono utilizzati altri apparecchi mobili trasparenti chiamati maschere o più genericamente bite (in inglese morso).

Apparecchi pre-trattamento

Di tipologia sia fissa che mobile, servono per eseguire l'espansione del palato o il mantenimento in avanti della mandibola, cosa che gli apparecchi normali non sono in grado di fare.

Il principale è l'apparecchio posto sul palato, chiamato espansore, che consiste in una placca palatale in metallo con al centro un forellino nel quale dev'essere inserita una chiavetta per ottenere l'espansione, con una frequenza stabilita dall'ortodontista, che può variare dai 7 giorni al mese. Con l'espansione dell'apparecchio si ottiene un'espansione palatale che permette spesso di ottenere lo spazio in più necessario al riallineamento dentario. Quest'apparecchio provoca difficoltà nel mangiare, in quanto parte del cibo consumato si può incastrare nello spazio tra il palato e l'apparecchio, e ciò rende necessaria una pulizia accurata con uno scovolino. Il bionatore serve a raddrizzare gli incisivi a chiusura bassa, portandoli nella giusta posizione, ed è di tipo mobile: fa prendere ai denti la posizione voluta. È costituito da una grossa placca colorata in plastica che prende la forma dei denti, ma ha uno speciale rialzo in grado di mantenere rialzati gli incisivi.

Il quad helix si mette quando l'arcata dentaria superiore è di minore ampiezza di quella inferiore. Consiste in una struttura metallica relativamente poco ingombrante ai lati del palato e agisce come una molla, che lo espande.

L'apparecchio del pendolo, (pendulum) è usato nei casi più complessi, quando i molari superiori hanno l'ampiezza dell'arco minore di quelli inferiori e il palato è troppo piccolo. In una prima fase, viene espanso il palato col sistema della chiave dell'espansore; in un secondo momento, vengono sganciate due alette che stanno affiancate ai denti, e vengono spinti indietro per garantire uno spazio maggiore.

L'apparecchio di Herbst, detto a volte popolarmente ranocchia, è costituito da un apparecchio palatale e da uno linguale per stabilizzare i denti e da due sporgenze metalliche, simili alle zampe di una ranocchia. Si monta quando si ha un overbite (denti superiori troppo in avanti) e le due sporgenze mantengono la mandibola in avanti. Si cerca di usarlo il meno possibile, in quanto le sporgenze tagliano facilmente la gengiva e trattengono il cibo. Va tenuto circa un anno, e si mette solo ai ragazzi che hanno dei problemi a portare gli elastici nell'apparecchio ortodontico.

L'holding arch, sia superiore che inferiore, è un apparecchio per palato e lingua che non permette ai denti di spostarsi in avanti e li mantiene nella loro posizione, fornendo spazio sufficiente ai fini terapeutici. Viene applicato ai piccoli pazienti prima che spuntino i denti permanenti, in modo da ridurre la necessità di cure in età più adulta.

Il baffo o maschera facciale (in inglese Headgear), serve a distalizzare e stabilizzare i molari, e va tenuto per circa 14-16 ore al giorno in media. Esistono quattro tipi di Headgear: uno detto Baffo, il più usato, che agisce in orizzontale e passa dietro il collo; uno che agisce più verticalmente, e passa dietro alla parte superiore della nuca; uno composto da entrambe queste tipologie di baffo; e uno che agisce per mezzo di elastici che vengono attaccati alle protuberanze della maschera.

Il tongue crib è un apparecchio che si applica al palato e consiste in due bracci che passano internamente, affiancati ai denti, e terminano con una sporgenza metallica. Viene utilizzato solo sui pazienti in cui la pressione della lingua tende a spingere eccessivamente in avanti i denti inferiori.

Le Molle a Spirale (in inglese coil springs) si inseriscono sul filo tra una placchetta e l'altra. Sono delle speciali molle che allargano lo spazio tra i due denti.

Esistono inoltre delle molle, utilizzate in certi casi in sostituzione degli elastici. Al contrario di questi però esse non vengono applicate sui ganci, ma sul filo.

Alcuni trattamenti ortodontici prevedono l'uso di impianti endosseali, utilizzati come ancoraggio fisso per ottenere più facilmente i movimenti dentari per mezzo di elastici. Sono chiamati miniscrew. In poche parole, piccole viti vengono posizionate nell'osso alveolare del paziente, con la funzione di ancoraggi. Ad esse saranno ancorati degli elastici, che serviranno ad ottenere i movimenti dentari richiesti dalla terapia.

Ortodonzia prechirurgica: In questa fase l'ortodonzia muoverà i denti in maniera tale per cui possano essere in massima occlusione al momento della chirurgia. Il periodo pre-chirurgico dura dai 6 ai 18 mesi, durante i quali il paziente viene sottoposto a visite regolari per la correzione continua dell'apparecchio dentale che muove i denti.

È facile pensare che durante la fase pre-chirurgica si peggiori la propria occlusione, in realtà si muovono verso l'occlusione ideale da una posizione scorretta, assunta per compensare un difetto scheletrico. Dopo la chirurgia è solitamente necessario un ulteriore periodo di ortodonzia per consolidare i movimenti effettuati ed eventualmente per una fine regolazione dell'occlusione. È possibile che il paziente venga sottoposto ad estrazioni dentarie se soffre di sovraffollamento dentario oppure se ha ancora i denti del giudizio, per avere lo spazio

necessario al movimento dei denti. Con l'avvicinarsi della fine del trattamento ortodontico, il chirurgo maxillo-facciale effettuerà gli ultimi preparativi prechirurgici. Verranno prese nuove impronte delle arcate dentarie. Il chirurgo potrebbe utilizzare delle nuove indagini radiologiche ed i modelli in gesso per realizzare la chirurgia dei modelli che serve a finalizzare i movimenti dei mascellari ed a prevedere con un certo margine il risultato finale. Da questi studi si realizza un bite che serve da guida per il corretto riallineamento delle basi scheletriche. Quando il team che ha in carico il paziente decide che i denti sono nella posizione corretta si programma l'atto chirurgico.

Parodontologia

La Parodontologia è la branca odontoiatrica che studia previene e cura le malattie parodontali, cioè gengiviti e parodontiti e le problematiche che talora originano dopo terapia con impianti dentari, le cosiddette peri-implantiti (Mucositi e Peri-implantiti).

Nella maggior parte dei casi l'infiammazione delle gengive attorno ai denti o agli impianti è dovuta all'accumulo di batteri, e l'instaurarsi di una migliore igiene orale domiciliare da parte del paziente e l'intervento di adeguate misure d'igiene orale professionale da parte del terapeuta sono in grado di portare alla risoluzione dei problemi gengivali o dentari senza esiti



permanenti.

Raramente la Gengivite può essere invece conseguenza dell'assunzione di farmaci o di squilibri ormonali, o anche il primo sintomo di malattie croniche. In questi casi, ristabilito un corretto controllo dell'igiene dentale, la terapia potrà richiedere a completamento un intervento chirurgico o medico, attuato in collaborazione con i Colleghi della Medicina interna.

Qualora invece l'infiammazione attorno ai denti o agli impianti abbia portato al riassorbimento osseo di sostegno, il quadro clinico sarà rispettivamente quello di Parodontite e Peri-implantite, malattie

che se non diagnosticate precocemente possono portare alla perdita dei denti e degli impianti e che nella maggior parte dei casi richiedono, oltre all'igiene orale domiciliare e professionale, anche trattamenti chirurgici, a volte complessi.

Sono inoltre di competenza della Parodontologia il miglioramento estetico dei tessuti molli parodontali e peri-implantari, l'aumento chirurgico del tessuto cheratinizzato, la terapia delle recessioni gengivali e la gestione delle selle edentule a fini estetici.

Patologia Malformativa

La chirurgia ortognatica riposiziona le basi scheletriche del massiccio facciale.

Così come ortodonzia significa "denti diritti", ortognatica significa "ossa diritte". Infatti, in virtù del fatto per il quale, muovendo le ossa si muovono anche i denti, la chirurgia ortognatica viene eseguita contemporaneamente ad un trattamento ortodontico. L'obiettivo della chirurgia ortognatica è la correzione di un'ampia gamma di irregolarità dei mascellari e i suoi vantaggi si concretano nel miglioramento graduale della masticazione, della fonazione e delle funzionalità respiratorie. In molti casi vi è anche un risultato estetico migliorativo.

Chi ha bisogno della chirurgia ortognatica? Le persone che potenzialmente possono beneficiare di un intervento di chirurgia Ortognatica sono quelle che soffrono di una malocclusione e quelle persone i cui mascellari si presentano in posizione errata. La crescita dei mascellari è un processo lento e graduale, ed in alcuni casi, mandibola e mascellare possono crescere in misura diversa. Il risultato può indurre una serie di problemi che possono coinvolgere la masticazione, la fonazione, l'igiene orale ed anche l'aspetto estetico. Traumi ai mascellari o difetti congeniti possono incidere sulla posizione delle ossa facciali. Mentre gli ortodontisti possono correggere i problemi di occlusione dovuti alla posizione dei denti, se il problema coinvolge le basi scheletriche la soluzione è chirurgica. Condizioni che possono indicare l'esigenza di chirurgia ortognatica: ^[SEP]Difficoltà di masticazione^[SEP]Difficoltà di fonazione^[SEP]Difficoltà a sbadigliare^[SEP]Dolore cronico ai mascellari^[SEP]Morso aperto^[SEP]Aspetto asimmetrico del volto^[SEP]Esiti di traumi o di difetti congeniti^[SEP]Mento sfuggente^[SEP]Difficoltà di serrare le labbra senza sforzo^[SEP]Respirazione orale con bocca secca^[SEP]Sleep apnea (problemi di respirazione durante il sonno, apnee o russare)^[SEP]Una crescita sbilanciata dei mascellari, traumi o difetti congeniti possono produrre una serie di problematiche e di sintomi che per il loro trattamento richiedono il lavoro di un'equipe che comprende il chirurgo maxillo-facciale, l'ortodontista ed il dentista.

Patologia oncologica

La patologia oncologica cervico-facciale rappresenta una delle maggiori sfide del Chirurgo Maxillo-Facciale. Il trattamento dei tumori del distretto testa-collo richiede un approccio multidisciplinare ed una sinergia di obiettivi tra diversi specialisti oltre al Chirurgo Maxillo-Facciale, quali l'Oncologo, il Radioterapista, l'Otorinolaringoiatra, il Microchirurgo, lo Psicologo, il Fisioterapista. Questa categoria di patologie, come tutte le neoplasie, viene suddivisa in benigna e maligna e può interessare sia i tessuti molli (cute, mucose, vasi e muscoli) sia quelli duri (ossa), nonché le strutture ghiandolari (ghiandole salivari, ghiandole lacrimali).

I tumori del cavo orale colpiscono prevalentemente le persone di età superiore a 45 anni, ma possono svilupparsi a qualunque età. I principali fattori di rischio sono il fumo di sigaretta, il consumo di alcol ed in generale qualunque condizione di traumatismo cronico. La presentazione d'esordio della malattia può assumere molteplici forme, come ad esempio un dolore persistente, sanguinamento o intorpidimento a carico delle labbra, della gola o della bocca, la formazione di una massa anomala o di una placca bianca o rossa sulle labbra, all'interno della bocca o in gola, eventualmente dislocante le protesi dentarie, difficoltà o dolore durante la masticazione o la deglutizione, alterazioni del timbro della voce e la comparsa di masse nel collo. Qualora l'obiettività faccia emergere il sospetto di una lesione neoplastica, è opportuno procedere ad una biopsia, che porrà la definitiva diagnosi istologica. Dalla biopsia potrà emergere l'evidenza istologica di una lesione benigna o maligna. L'obiettivo della chirurgia oncologica è asportare il tumore e ricostruire la zona anatomica compromessa dall'intervento.

Pedodonzia



La pedodonzia o odontoiatria pediatrica si occupa della prevenzione, della diagnosi e della terapia delle malattie del cavo orale che interessano il bambino, dalla prima eruzione dei denti da latte fino all'età adolescenziale.

In particolare la prima visita, consigliata già all'eruzione dei primi denti da latte, fornisce tutte le indicazioni necessarie a prevenire le principali malattie della bocca del bambino, quali la malattia cariosa, le malocclusioni dento-scheletriche e alcuni tra i più comuni traumatismi dentali dell'infanzia. Attraverso la valutazione della bocca e un esame radiografico dei denti si valutano le anomalie dentarie la cui diagnosi precoce può essere molto importante per prevenire complicazioni e ritardi terapeutici che possono compromettere l'occlusione. Vengono effettuati interventi di prevenzione e di terapia della carie attraverso metodiche validate. Si effettuano diagnosi e terapia dei traumatismi dentali e delle loro complicanze, delle anomalie di forma, di numero e di posizione dei denti, delle malattie della gengiva e delle mucose della bocca del bambino.

Protesi

L'obiettivo che si prefigge la riabilitazione protesica il restauro dei denti naturali e/o la sostituzione dei denti mancanti e dei tessuti orali contigui con sostituti artificiali.

La riabilitazione del paziente avviene tramite il posizionamento di protesi rimovibili (protesi mobili o scheletrati) e in alcuni casi selezionati con riabilitazioni protesiche fisse su denti naturali o su impianti.

L'accesso alle cure avviene previa visita protesica e l'inserimento in una lista di attesa.

Traumatologia

TRAUMI FACCIALI

I traumi facciali sono eventi che possono compromettere i tessuti del collo e della faccia o la struttura ossea sottostante con possibile coinvolgimento di alcune funzioni facciali. Le fratture possono essere dirette alla parte della volta cranica, dell'orbita, del naso, del mascellare superiore, della mandibola.

Il loro trattamento è multidisciplinare ed è diretto all'evento in acuto a agli esiti di un trauma pregresso.

Fratture del pavimento orbitario:

Le fratture del pavimento orbitario sono legate all'interruzione ossea del solo pavimento orbitario. L'origine di queste fratture riconosce un agente traumatico limitato alla regione del globo oculare. Infatti, un trauma che si esercita direttamente sul globo oculare trasmette la sua energia, attraverso di esso, alle pareti della cavità orbitaria; tra queste, la più fragile è costituita dal pavimento dell'orbita, il quale con relativa frequenza può fratturarsi e consentire l'erniazione del contenuto orbitario nel seno mascellare. E' presente diplopia (visione sdoppiata) e l'anestesia della regione anteriore della guancia e del labbro superiore, quelli obiettivi sono l'enofalmo (occhio rientrante: l'enofalmo è conseguente al prollasso del contenuto orbitario nel seno mascellare). Il trattamento delle fratture del pavimento dell'orbita è esclusivamente chirurgico e deve essere attuato entro quindici giorni dal trauma.

Fratture del malare: Esse sono conseguenti a traumi localizzati e di relativa intensità, come ad esempio si può verificare in attività sportive, aggressioni. Nel caso di traumi di maggiore intensità le fratture del malare si trovano associate a lesioni traumatiche più importanti, come fratture del mascellare o fratture craniche.

La diagnosi di una frattura del malare non sempre è facile a causa dell'edema dei tessuti molli della regione periorbitaria che frequentemente accompagna tali lesioni può impedire un preciso esame obiettivo. La diplopia, spesso presente nelle fratture del malare, può non essere manifesta subito dopo il trauma. Variabile come intensità è l'emorragia sottosclerale. L'edema e le ecchimosi sono presenti ed interessano prevalentemente la regione. E' possibile osservare anche un enofalmo, conseguente al prollasso nel seno mascellare del contenuto orbitario; in tal caso i due globi oculari non si trovano più sull'asse interpupillare. Per tali motivi nel sospetto di una frattura del malare si deve sempre eseguire un accertamento radiografico accurato. L'intervento chirurgico va eseguito entro le prime due settimane dal trauma e per impedire il consolidamento in posizione viziata dei frammenti ossei e soprattutto la fibrosi dei muscoli estrinseci dell'occhio.

Fratture del mascellare superiore: Le fratture del mascellare superiore sono meno frequenti di quelle della mandibola e del malare. Le fratture del mascellare superiore si realizzano solo per traumi di particolare intensità e che si esercitano prevalentemente in senso anteroposteriore. In pratica l'energia traumatica trasmessa dal mascellare si esaurisce nelle rime di frattura con salvaguardia delle regioni craniche.

Frattura di tipo LeFort:

La frattura tipo LeFort I si verifica quando l'impatto traumatico si esercita al di sotto della spina nasale anteriore; in tal caso la linea di frattura decorre orizzontalmente dalla spina nasale anteriore al margine inferiore dell'apertura piriforme, e termina in corrispondenza della tuberosità del mascellare.

La frattura tipo LeFort II si verifica per impatti traumatici più violenti secondo una direzione esercitata in senso anteroposteriore e dall'alto in basso. La linea di frattura in questo caso parte dalla sutura fronto-nasale e si dirige in basso per terminare posteriormente in corrispondenza della tuberosità del mascellare.

La frattura tipo LeFort III, o disgiunzione craniofacciale, si verifica per impatti ancora più violenti, esercitati con una direzione anteroposteriore e dall'alto in basso. Anche in questa frattura la linea di interruzione ossea parte dalla sutura fronto-nasale, si estende però orizzontalmente all'interno della cavità orbitaria lungo la lamina papiracea dell'etmoide, la fessura orbitaria inferiore, la grande ala dello sfenoide, la sutura frontomolare, la sutura temporozigomatica e termina in corrispondenza della parte più alta della tuberosità del mascellare.

Disgiunzione intermascellare: La rima di frattura in questo caso segue una linea mediana che parte dalla spina nasale anteriore lungo la linea intermascellare per giungere alla spina nasale posteriore.



Fratture Miste:

Frattura di Richet: è costituita da una rima di frattura Le Fort I monolaterale.

Frattura di Walter: è caratterizzata da una linea orizzontale che si estende da una regione premolare all'altra associata ad una rima di frattura della regione interincisiva.

Fratture di Houet: si estende da una regione canina all'altra.

Frattura di Basserau: è una frattura che si estende da un incisivo laterale all'altro.

In considerazione delle condizioni locali e generali non sempre è possibile interrogare un paziente che ha riportato una frattura del mascellare superiore e pertanto la diagnosi dovrà essere orientata prevalentemente dall'esame obiettivo e dagli esami radiografici. Il sintomo più costante nelle fratture del mascellare superiore è il cosiddetto morso aperto traumatico. Con tale definizione si intende la perdita della normale occlusione dentaria estesa ovviamente al distretto interessato dalla frattura: Il dolore è un sintomo costante. L'epistassi o emorragia nasale è un sintomo quasi costante che però riveste importanza solamente nelle fratture alte. La liquorrea nasale può essere presente se alla frattura del mascellare superiore è associata una frattura etmoidale.

L'allungamento e appiattimento della faccia con depressione della piramide nasale e delle regioni zigomatiche, unitamente alla deformazione della regione orbitaria, sono caratteristiche delle fratture tipo Le Fort II e III.

L'edema e le ecchimosi sottocutanee, a volte estremamente intense, possono interessare la regione palpebrale superiore ed inferiore e tutta la regione facciale. Le ecchimosi endorali sottomucose si manifestano con rapidità inversamente proporzionale alla gravità della frattura. La diplopia è rilevabile prevalentemente nelle fratture tipo Le Fort II per l'interessamento del pavimento orbitario.

Fratture della Mandibola:

Le fratture della mandibola possono essere classificate secondo la sede. In ordine, le sedi coinvolte sono quelle del condilo, del corpo, dell'angolo, della regione parasinfisaria; le sedi dove meno frequentemente si riscontrano fratture mandibolari sono il ramo e l'apofisi coronoide. La regione del condilo mandibolare è la più debole di tutta la mandibola ed in particolare il punto di maggiore debolezza è rappresentato dal collo del condilo. Ciò risponde allo scopo di difendere la fossa cranica media dall'energia traumatica che verrebbe ad essere trasmessa ad essa dal condilo mandibolare.

Il primo elemento che si osserva è l'atteggiamento del paziente a mantenere la bocca semiaperta, lasciando la saliva libera di fuoriuscire dalla rima orale (sialorrea). Ciò è determinato sia dal desiderio del paziente di evitare ogni movimento di deglutizione, che risveglierebbe dolore, sia da un vero aumento di secrezione salivare per stimolazione delle ghiandole salivari.

Edemi ed ecchimosi o, nei casi più gravi, ferite più gravi e lacerazioni gengivali sono facilmente rilevabili nella sede dell'impatto traumatico. La presenza di emorragie cutanee o endorali può assumere una particolare importanza se il paziente non è in grado di eliminare il materiale ematico dalla cavità orale con rischio di inalazione nell'albero tracheobronchiale.

Elemento caratteristico nella stragrande maggioranza dei casi di frattura mandibolare è la variazione dell'occlusione dentaria è però opportuno ricordare sempre che ci si può trovare in presenza di un paziente portatore di una malocclusione dentaria precedente il trauma.

Si passa successivamente a valutare la stabilità di tutti gli elementi dentari presenti. L'alterazione occlusale rilevabile dopo una frattura mandibolare può essere indicativa anche della sede della frattura.

Per una frattura bicondilar sarà frequente osservare un morso aperto anteriore per risalita dei due rami mandibolari. Nel caso invece di fratture dell'angolo, del corpo o della regione sinfisaria sarà possibile riscontrare la perdita dell'articolato dentario a partire dalla sede della frattura. Per una frattura di un condilo mandibolare sarà presente osservare un morso aperto traumatico controlaterale ed un cross-bite omolaterale alla lesione. Per una frattura bicondilar sarà frequente osservare un morso aperto anteriore per risalita dei due rami mandibolari. Nel caso invece di fratture dell'angolo, del corpo o della regione sinfisaria sarà possibile riscontrare la perdita dell'articolato dentario a partire dalla sede della frattura. Comunque la diagnosi di certezza per identificare sia la sede ed il numero delle fratture che il depiazzamento dei monconi fratturativi è affidata all'esame radiologico. Il trattamento delle fratture mandibolari prevede, come sempre, la riduzione e la contenzione.

Fratture del condilo della Mandibola:

Le fratture dei condili mandibolari influiscono molto pesantemente sull'omeostasi del sistema stomatognatico, venendo ad alterare il fisiologico rapporto tra condilo e fossa articolare. Questo tipo di fratture possono essere intracapsulari od extracapsulari. Nelle fratture intercapsulari vi è un maggiore rischio di anchilosì dell'articolazione temporomandibolare.

Nell'evenienza invece di fratture extracapsulari le alterazioni funzionali e strutturali mandibolari relative al dislocamento di un frammento scheletrico di dimensioni cospicue si palesano maggiormente. La contrazione del muscolo pterigoideo esterno in questi casi determina una dislocazione mediale ed anteriore del condilo fratturato.

Qualora il moncone non interferisca con la normomotilità mandibolare, possono essere obiettivabili quadri clinici riconducibili ad alterazioni strutturali, occlusali e funzionali, determinati dalla natura monocondilare o bicondilare della frattura. In caso di fratture bicondilar, il dislocamento dei capi articolari può determinare una riduzione dell'altezza verticale posteriore dei rami mandibolari. Questo deficit è obiettivabile a livello occlusale con un morso aperto anteriore, mentre la diminuzione della dimensione sagittale risulta in una retrusione mandibolare.

Il trattamento delle fratture condilari è, a differenza delle altre fratture della mandibola, abitualmente conservativo.

Riassumendo, in caso di politraumatismo si rende necessaria la competenza di più specialisti: Ortopedico, Chirurgo generale, Oculista, Neurochirurgo, Rianimatore, Pediatra, Otorinolaringoiatra.

Esiti di trauma:

Gli esiti di traumi trattati in modo inadeguato rendono necessari interventi chirurgici di correzione delle alterazioni sedi tessuti molli o dell'osso che possono prevedere innesti ossei prelevati dal paziente o di sintesi. In caso contrario le fratture del volto vanno considerate un'urgenza e trattate entro 7-14 giorni. Importante sempre il ruolo del team con le competenze di più specialisti in modo da garantire un rapido recupero morfologico e funzionale.

Le cause dei traumi facciali sono in ordine di frequenza incidenti della strada (La traumatologia stradale grazie alla prevenzione ed alla informazione fortunatamente risulta essere in diminuzione), traumi sportivi (es. calcio, rugby, tennis, ecc.), cadute accidentali, percosse, ferite da arma da fuoco al volto etc., traumi sportivi (es. rugby, tennis, calcio etc.), cadute domestiche e non, percosse. Le lesioni traumatiche del massiccio facciale possono presentarsi isolate oppure associate a lesioni del neurocranio e/o di altri distretti. Se coinvolti settori diversi dell'organismo come organi interni, strutture scheletriche nei vari distretti corporei, o se il paziente è in stato



di coma, il trattamento chirurgico maxillo facciale deve essere posticipato. Tutti i settori anatomici possono essere coinvolti: ossa della volta cranica, orbita, naso, zigomo, mascellare superiore e mandibola. Tali fratture possono presentarsi isolate o combinate fino al più complesso quadro di “fracasso facciale”.