

Labbro superiore

Prima di iniziare la scheletrizzazione del mascellare superiore e affrontare tutte le problematiche legate alle sue particolarità anatomiche occorre analizzare l'anatomia del labbro superiore e comprendere il decorso dei nervi labiali superiori e il loro rapporto con le ghiandole salivari minori. Mentre nel labbro inferiore i rami labiali decorrono sottomucosi adagiati sul piano muscolare, per poi innervare anche la componente cutanea del labbro inferiore, nel labbro superiore, dopo la sua fuoriuscita dal forame infraorbitario e un decorso profondo nel tessuto adiposo sopraperiosteo (**Fig. 1.1**), alcuni rami decorrono tra piano muscolare e piano sottomucoso innervando il versante mucoso del labbro superiore, mentre altri rami sensitivi attraversano l'anello muscolare mimico, o modiolo (costituito dai muscoli orbicolare della bocca, piccolo e grande zigomatico, elevatore del labbro superiore, elevatore del labbro e dell'ala nasale, canino, risorso e depresso dell'ala del naso), e, decorrendo su un piano anatomico più superficiale, esattamente tra piano muscolare e piano sottocutaneo (**Fig. 1.2**), innervano la componente cutanea del labbro superiore. Pertanto una patologia a carico delle ghiandole salivari minori del labbro superiore pone meno problematiche chirurgiche, ma è comunque importante rispettare sempre con particolare attenzione le strutture anatomiche circostanti (orbicolare delle labbra, ulteriori ghiandole salivari minori e le piccole fibre sensitive che inizialmente conferiscono insensibilità all'area mucosa, ma con recupero rapido grazie alle innumerevoli interconnessioni nervose).

Oltre alle patologie intrinseche al labbro stesso ne esistono altre a partenza dal mascellare, estrinseche al

OBIETTIVO

Conoscere le problematiche anatomiche del labbro superiore e comprendere quali lesioni che coinvolgano il labbro superiore siano di interesse per il chirurgo orale.

labbro, che, nella fase di espansione, deformano il labbro stesso invadendolo. Generalmente sono cisti odontogene della premaxilla o dell'area canino-premolare che, asintomatiche per molto tempo (fase di latenza), diventano sintomatiche per la loro espansione lenta ma progressiva (fase di deformazione): soffiando la corticale vestibolare si manifestano deformando il labbro e l'ala del naso. Quando la neoformazione, dopo aver soffiato l'osso vestibolare, comincia a usurarlo, la parete cistica entra in contatto diretto con i tessuti molli del labbro: è a questo punto che sorgono alcuni dubbi diagnostici. Sarà ovviamente l'esame radiologico, e in particolare il Cone Beam, a consentire una diagnosi. Esiste però una neoformazione estrinseca al labbro, ma che lo deforma, che non segue il percorso descritto precedentemente perché non a partenza intraossea. Senza entrare nel merito della classificazione delle lesioni osteolitiche dei mascellari, si ricorda che tali lesioni possono svilupparsi per uno stimolo irritativo o degenerativo dei residui epiteliali presenti al termine dello sviluppo embriogenetico dei mascellari stessi, stimolo che determinerebbe un richiamo di flui-

di all'interno della cellula con conseguente aumento della pressione idrostatica sulle sue pareti con stimolo all'attivazione degli osteoclasti esterni alla cisti e progressivo riassorbimento dell'osso circostante (teoria idrostatica). Esiste una seconda teoria (teoria prostaglandinica) che ritiene che siano le prostaglandine liberate dalla parete cistica ad attivare gli osteoclasti con conseguente riassorbimento osseo pericistico.

Indipendentemente dalla teoria eziopatogenetica, nel capitolo successivo saranno descritte le neoformazioni cistiche odontogene a sviluppo intraosseo della premaxilla, mentre il Caso Clinico 1.2 descrive una particolare cisti non odontogena, o cisti fissurale, che origina dai residui epiteliali di sviluppo del bottone nasolabiale e che pertanto si estrinseca tutta nei tessuti molli del labbro.

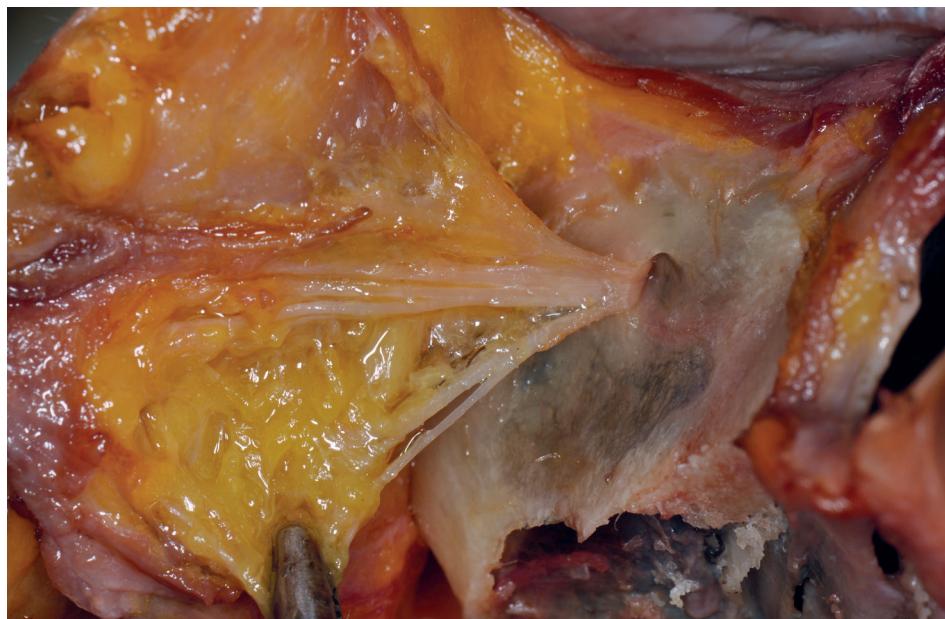


Figura 1.1 – Immagine anatomica che mostra la fuoriuscita della seconda branca del trigemino dal forame infraorbitario e il suo decorso iniziale nel tessuto adiposo sottoperiosteo.

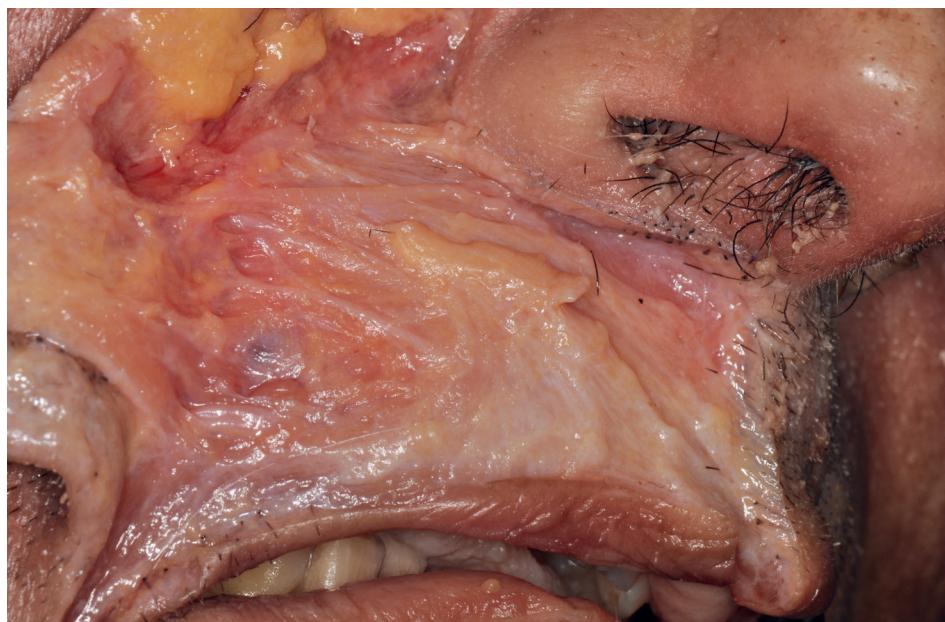


Figura 1.2 – Immagine anatomica che mostra il decorso delle fibre sensitive labiali su un piano anatomico tra muscolo orbicolare delle labbra e piano sottocutaneo.

CASO CLINICO 1.1

Asportazione di adenoma pleomorfo del labbro superiore

Uomo di 46 anni con asimmetria del labbro superiore ([Fig. 1.3](#)) causata da una tumefazione sottomucosa mobile sui piani profondo e superficiale ([Fig. 1.4](#)). Si ipotizza una patologia coinvolgente una ghiandola salivare minore e, vista la consistenza duro-elastica, si suppone trattarsi di adenoma pleomorfo, neoplasia benigna frequente a carico delle ghiandole salivari maggiori ma che può interessare anche quelle minori, in particolare delle labbra e del vestibolo orale. In caso di tale localizzazione il trattamento consiste nella "enucleo-resezione" della neoformazione, comportamento chirurgico diverso rispetto alla stessa patologia coinvolgente le ghiandole salivari maggiori in cui l'indicazione è sempre l'asportazione della ghiandola in toto - nell'adenoma pleomorfo della ghiandola parotide si può ricorrere all'asportazione del solo lobo sopraneurale. In questi casi è sempre opportuno eseguire preliminarmente un agoaspirato con esame citologico che darà conferma della natura della neoformazione.

Vista la dimensione della neoformazione e la conseguente difficoltà di asportazione, il consiglio è sempre quello di creare una losanga di mucosa ([Fig. 1.5 A](#)) da mantenere aderente alla neoformazione, con il vantaggio di ottenere un punto stabile da utilizzare per afferrire la neoformazione in tutta la fase di enucleazione. Scendendo per piani, individuato il piano di clivaggio si procede liberandola dalle fibre muscolari del muscolo orbicolare ([Fig. 1.5 B-F e Video 1.1](#)). È sempre importante che sul servitore sia disponibile una pinza bipolare per la causticazione dei vasi: l'area chirurgica residua deve essere perfettamente esangue.

Sul fondo dell'area chirurgica possono essere osservate le piccole fibre sensitive labiali ([Fig. 1.6](#)), rami della seconda branca del trigemino. La neoformazione viene inviata per l'esame istologico ([Fig. 1.7 A, B](#)). Il controllo clinico a distanza mostra una perfetta restitutio ad integrum dei tessuti e un recupero della simmetria e della motilità labiale ([Fig. 1.8](#)).

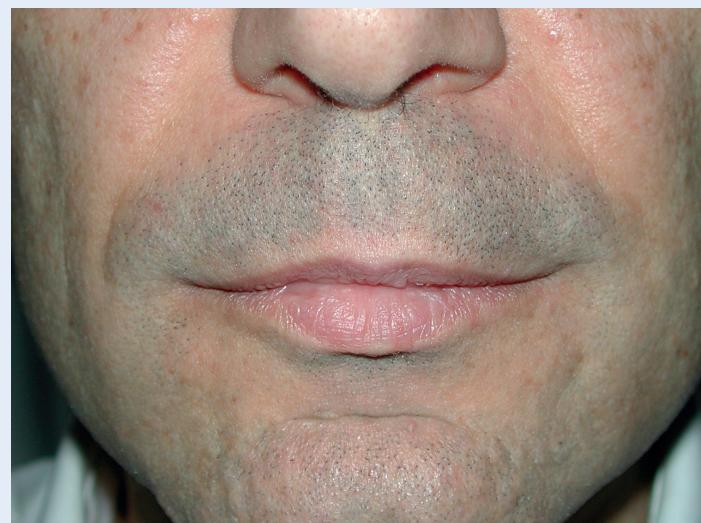
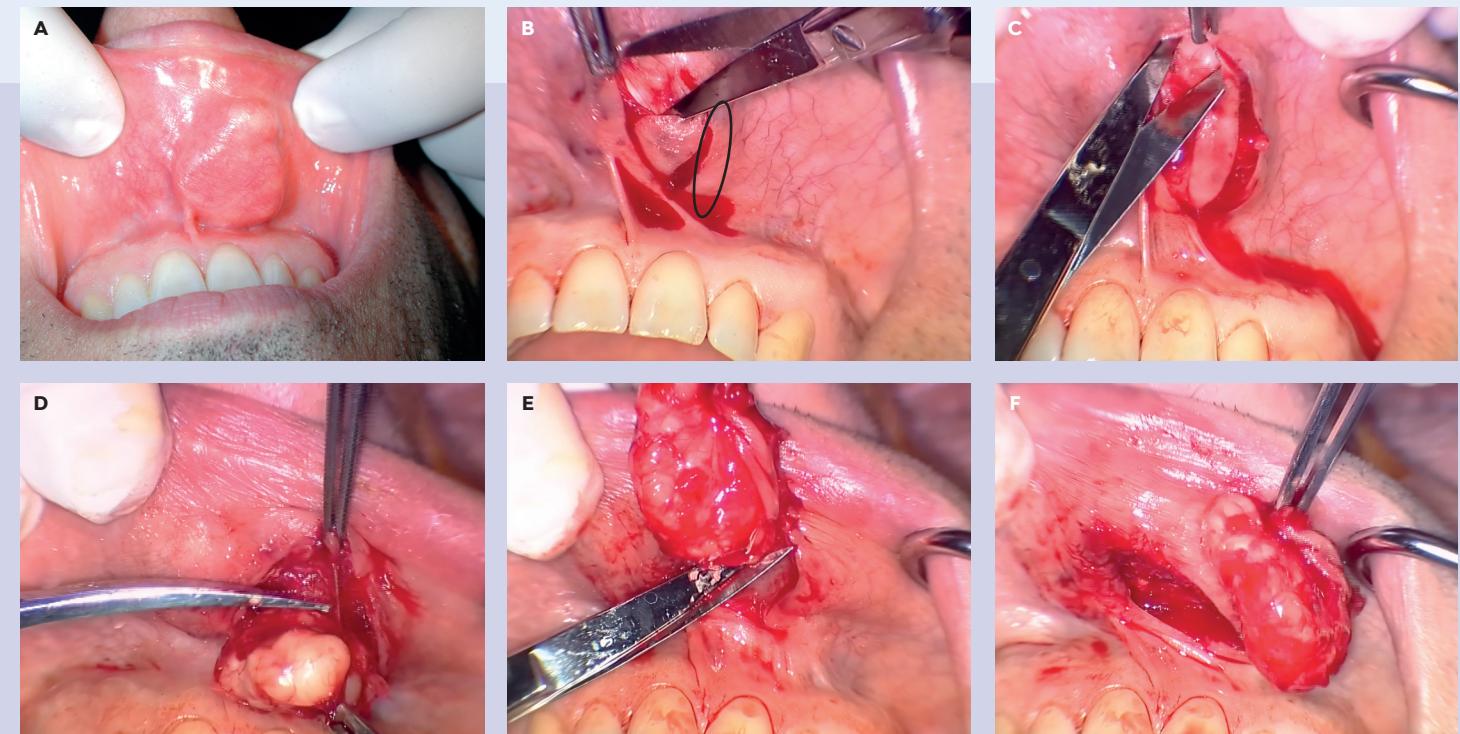


Figura 1.3 – Lieve asimmetria del labbro superiore con aumento della concavità del vermiglio a sinistra dovuto alla tumefazione sottostante.



Figura 1.4 – Immagine intraorale della neoformazione sottomucosa del labbro superiore a sinistra.



Video 1.1 e Figura 1.5 A-F – Immagini intraoperatorie della sequenza chirurgica di asportazione della neoformazione, a partire dal disegno della losanga di mucosa che viene asportata insieme alla neoformazione, al fine di facilitare lo spostamento della stessa, alle varie fasi di enucleazione sino alla sua completa liberazione dai tessuti sani del labbro.



Figura 1.6 – Immagine intraoperatoria dell'area chirurgica al termine dell'asportazione.

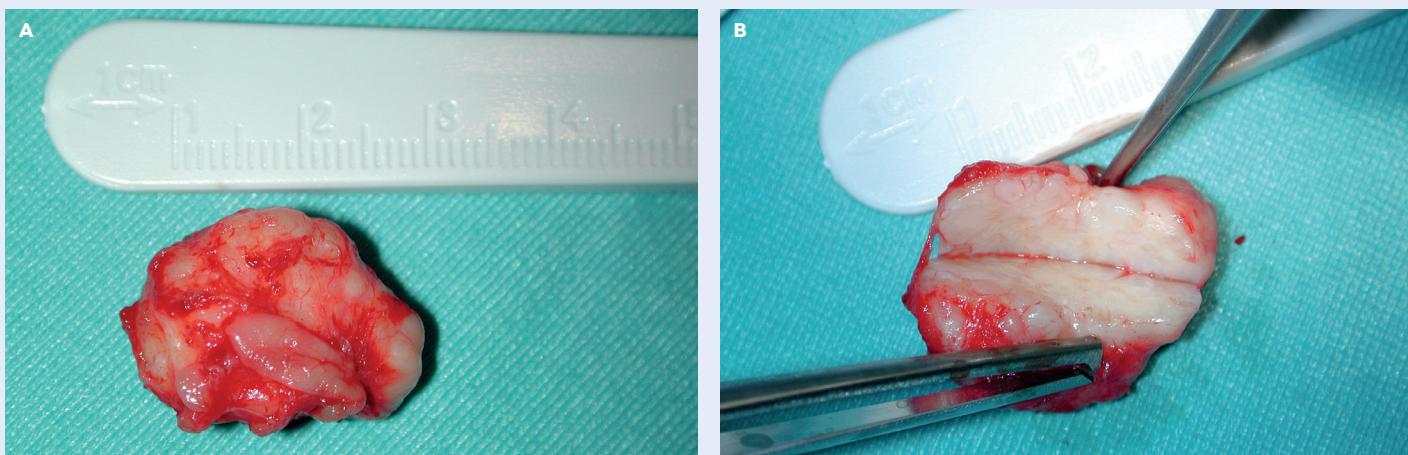


Figura 1.7 A, B – La neoformazione enucleata viene inviata per l'esame istologico.



Figura 1.8 A, B – Controllo clinico a distanza che mostra il ripristino della simmetria e della motilità del labbro superiore e la perfetta guarigione dei tessuti molli intraorali.

CASO CLINICO 1.2

Asportazione di neoformazione cistica nasolabiale



Video 1.2 – Asportazione di cisti nasolabiale.

Donna di 74 anni con evidente deformazione del labbro superiore e della base del naso di destra con associati disturbi respiratori per l'ostruzione completa della cavità nasale. Anche l'ispezione del cavo orale mostra la deformazione del vestibolo superiore di destra (**Fig. 1.9**). L'esame RMN dirime ogni dubbio, perché mostra la presenza di una neoformazione rotondeg-

giante contenente liquido che è tutta a sviluppo extraosseo e che invade i tessuti molli del labbro superiore e il vestibolo nasale (**Fig. 1.10**). Si tratta di una cisti nasolabiale la cui origine esatta è sconosciuta, anche se si suppone che si formi dai residui epiteliali nelle linee di fusione dei bottoni nasali laterali e mascellari. L'approccio chirurgico è ovviamente intraorale, nella porzione alta del vestibolo, con incisione modicamente arcuata a concavità superiore, incisione che si estende dall'area canina mesialmente sino alla linea mediana, senza però coinvolgere il frenulo labiale superiore (**Video 1.2**). Per via smussa si evidenziano le fibre del muscolo orbicolare. Una volta evidenziate, si esegue un'incisione lineare delle fibre secondo il loro orientamento (e quindi con un'incisione sempre parallela all'incisione mucosa, senza interromperle, e quindi differentemente da quanto si esegue nell'arcata inferiore nell'incisione perpendicolare delle fibre del muscolo mentale o quadrato del mento). In questo caso non bisogna eseguire un approccio diretto sul piano osseo ma occorre ricercare la parete cistica presente nei tessuti molli del vestibolo. Quindi è sufficiente una divaricazione delicata delle fibre muscolari: questo consente di evidenziare la parete cistica. Con molta delicatezza si libera la parete

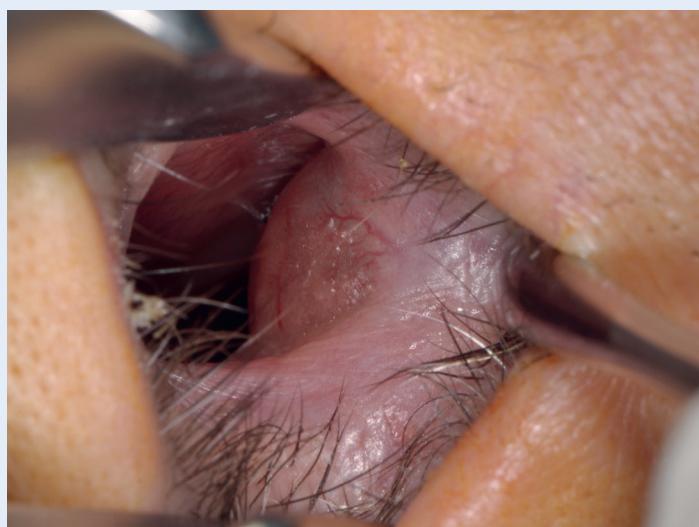


Figura 1.9 – La cisti invade le fosse nasali e ne solleva la mucosa del pavimento.

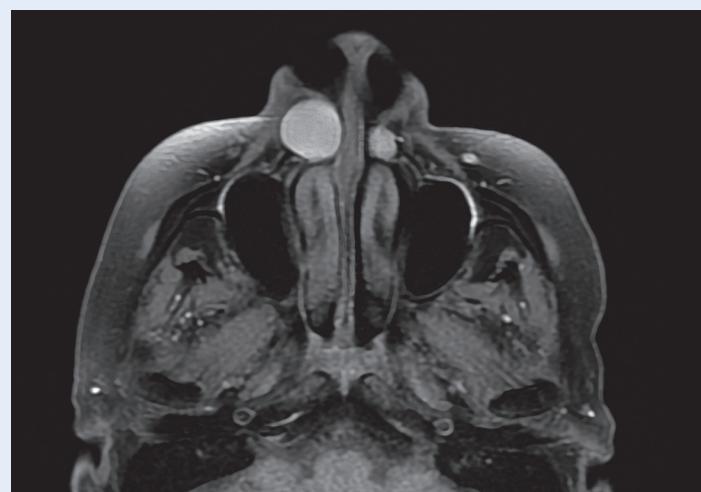


Figura 1.10 – L'esame RMN mostra la presenza di una neoformazione rotondeggianti contenente liquido che è tutta a sviluppo extraosseo.

cistica dai tessuti molli circostanti e in particolare dalle fibre sensitive che la costeggiano e dalla fibromucosa del pavimento nasale al fine di evitare comunicazione con le vie nasali (**Fig. 1.11 A, B**).

Si noti la presenza di un'impronta in minus della componente ossea dell'apertura piriforme, dovuta all'aumento della pressione idrostatica (teoria idrostatica) o alla liberazione delle prostaglandine (teoria prostaglandinica) esercitata dalla neoformazione cistica stessa (**Fig. 1.12**). La neoformazione cistica, che presenta una dimensione di circa 30 mm, viene inviata per l'esame istologico (**Fig. 1.13**).

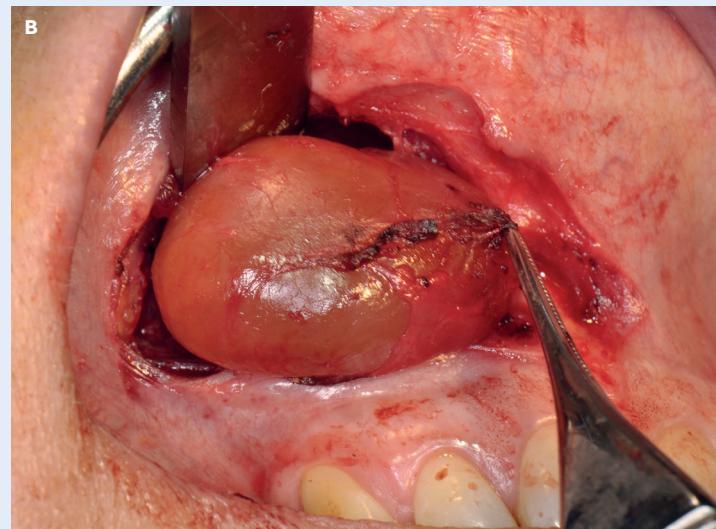
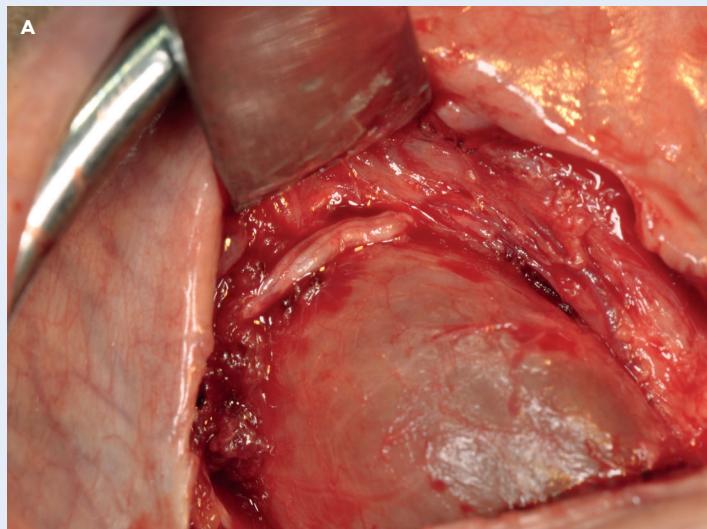


Figura 1.11 – (A) Visione intraoperatoria dell'apertura delle fibre muscolari del muscolo orbicolare delle labbra sino all'evidenziazione della parete cistica. La cisti viene enucleata liberandola dalle fibre sensitive che la costeggiano. (B) Visione della neoformazione cistica adagiata sul campo chirurgico.

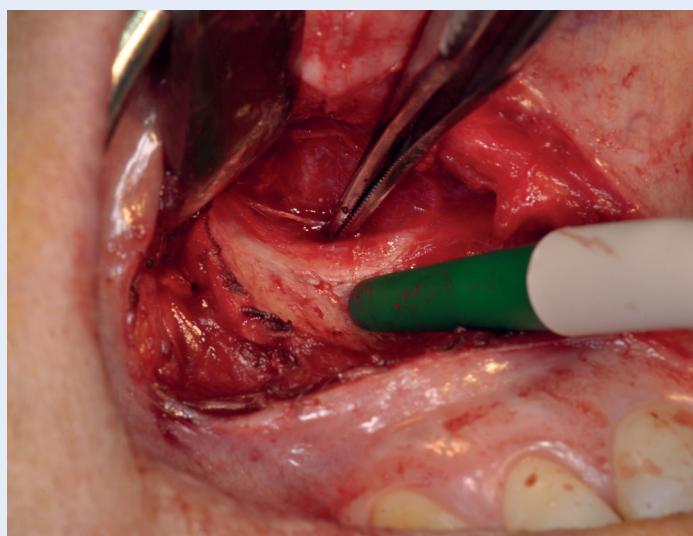


Figura 1.12 – Visione intraoperatoria dell'apertura piriforme dopo la rimozione della cisti nasolabiale. Si riscontra un deficit in minus dell'osso vestibolare per l'impronta lasciata dalla neoformazione nel corso del suo accrescimento.



Figura 1.13 – La neoformazione cistica, di dimensioni rilevanti, prima di essere conservata in formalina per l'invio in istologia.

Il controllo clinico a distanza mostra una perfetta restituzione ad integrum dei tessuti e un recupero della simmetria labiale e della pervietà della fossa nasale di destra

(**Fig. 1.14 A, B**). La RMN di controllo a distanza mostra l'assenza di recidiva (**Fig. 1.15**).

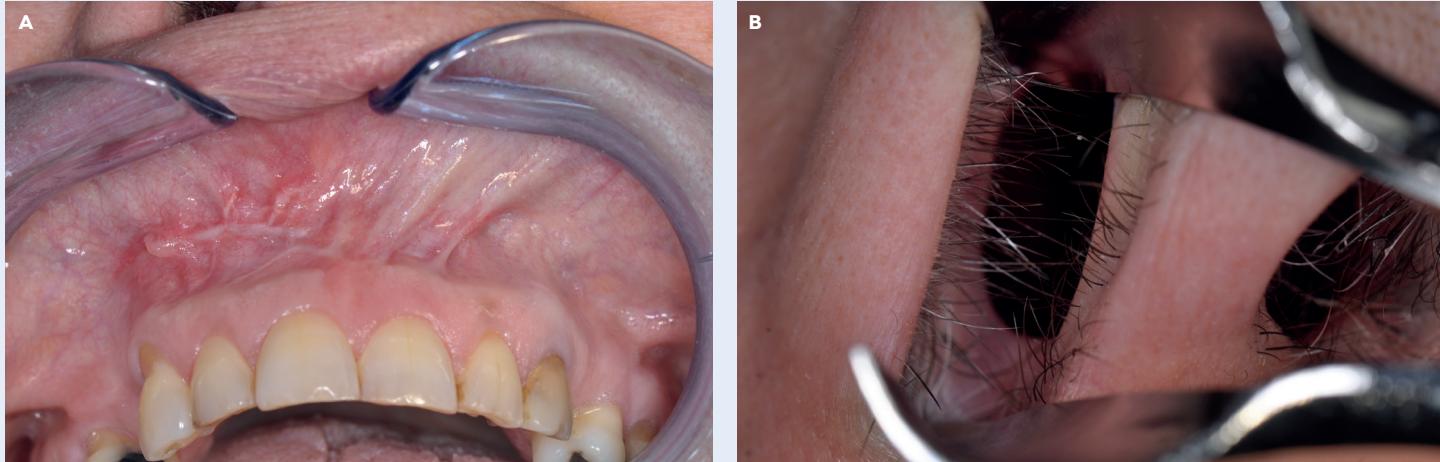


Figura 1.14 A, B – Controllo clinico a distanza che mostra l'assenza di deficit estetici e il recupero della pervietà delle vie respiratorie.

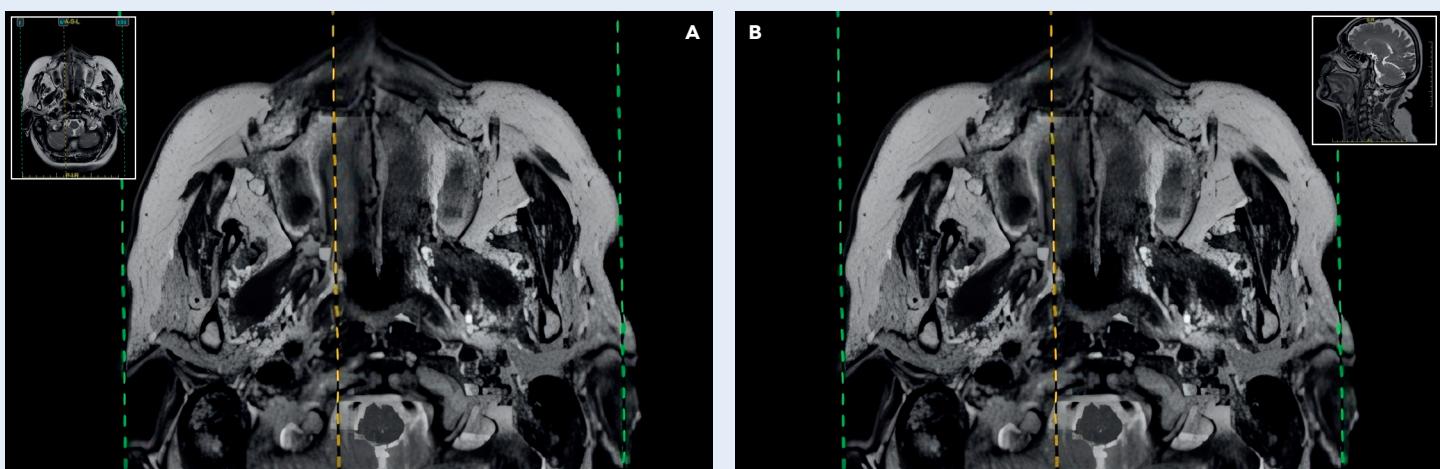


Figura 1.15 A, B – Controllo RMN postoperatorio che mostra l'assenza di recidive locali.

BIBLIOGRAFIA

- Casaburi M, Pistilli R, Bonifazi L, Barausse C, Pistilli V, Felice P. Lesioni osteolitiche dei mascellari: iter diagnostico e terapeutico – Modulo 1: approccio clinico alle lesioni osteolitiche. *Dental Cadmos* 2024;92(1): 2-21.
- Choi JH, Cho JH, Kang HJ, Chae SW, Lee SH, Hwang SJ, et al. Nasolabial cyst: a retrospective analysis of 18 cases. *Ear Nose Throat J* 2002;81(2):94-6.
- Lee SH, Gil YC, Choi YJ, Tansatit T, Kim HJ, Hu KS. Topographic anatomy of the superior labial artery for dermal filler injection. *Plast Reconstr Surg* 2015;135(2):445-50.
- Nakajima H, Imanishi N, Aiso S. Facial artery in the upper lip and nose: anatomy and a clinical application. *Plast Reconstr Surg* 2002;109(3):855-61; discussion 862-3.
- Yang HM, Won SY, Lee YI, Kim HJ, Hu KS. The Sihler staining study of the infraorbital nerve and its clinical complication. *J Craniofac Surg* 2014;25(6):2209-13.
- Yuen HW, Julian CY, Samuel CL. Nasolabial cysts: clinical features, diagnosis, and treatment. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2007;45(4):293-7.
- Zhu GS, Liao ZF, Chen CL, Luo CE, Li FW, Zhan WF, et al. Three-dimensional computed tomography scanning study of the superior labial artery in Chinese individuals for assessing filler injection safety. *Aesthetic Plast Surg* 2024;48(19):3962-70.