

articolo aggiornato il: Friday 13 April 2012



Terapia interstiziale contro i granulomi

La proposta di un trattamento mini invasivo laser intralesionale dei granulomi complicanti le infiltrazioni di filler permanenti e semipermanenti

del Dott. Ovidio Marangoni, Specialista Chir. Gen. Direttore: Multilaser Chirurgia Terapia, Trieste

Negli ultimi anni per ringiovanire il viso, sono enormemente aumentate le procedure d'impianto dermico (filler) mediante innesto o infiltrazione di vari materiali organici e inorganici, biodegradabili e non biodegradabili. Questi prodotti (permanentemente e temporaneamente) pur essendo sicuri ed efficaci, per deterioramento del composto, infezione, ipersensibilità individuale o difetto di tecnica possono causare effetti avversi precoci e tardivi.



Figura 1 Granuloma infiammatorio pre trattamento - Figura 2 Trattamento laser 808 nm endolesionale - Figura 3 Controllo a 3 mesi

Se ne comincia a parlare in qualche congresso e sebbene gli effetti avversi precoci siano di norma minimi e risolvibili, si è evidenziato che essi sono possibili, anche con filler riassorbibili, e comprendono: dolore, prurito, punture d'ago evidenti, ecchimosi, secrezione, bolle, sensibilizzazione herpetica, eritema, noduli eritematosi. Meno frequenti sono le sindromi associate a disturbi immunitari: mialgiche, artalgiche, miositiche etc; le dispigmentazioni bianche, rosse, blue (effetto Tindal), i noduli caldi per reazione immediata al corpo estraneo o da infezione batterica, micobatterica, fungina, virale, ecc. Più rari, fra i danni iatrogeni, le necrosi cutanee glabellari e le crisi amaurotiche per trombosi arteriosa retinica. Gli effetti avversi tardivi più gravi e duraturi sono invece dovuti essenzialmente agli impianti semipermanenti o permanenti. Essi possono insorgere anche diversi anni dopo gli innesti e comprendono: migrazioni, infezioni, discolorazioni rosse-blu, alterazioni tessutali, cicatrici e granulomi. Quest'ultimi, scolasticamente sono distinti in precoci "caldi" da infezione e tardivi "freddi" da infiammazione reattiva al materiale iniettato, che per svariati fattori (esposizione solare, traumi, farmaci, laser resurfacing non ablativo, infezioni, ecc.) possono causare flogosi da corpo estraneo. Per queste forme è stata proposta una classificazione istologica che distingue i granulomi in quattro diversi gradi, in base alla reazione cellulare al corpo estraneo e all'estensione dell'infiammazione granulomatosa, (F. Duranti et al, Dermatol Surg:1998). Dati bibliografici recenti (NJ Lowe et al, Dermatol Surg: nov. 2005; DM Duffy et al, Dermatol Surg: nov. 2005) evidenziano che tutti i Filler possono determinare granulomi infiammatori, variabili tra 0,1% - 0,01%, anche se le percentuali peggiori spettano agli impianti permanenti. È in corso di pubblicazione, il caso di un giovane italiano trattato nel nostro paese, con "presunti" innesti di collagene nei solchi nasogenieni e nelle regioni prezigomatiche. Dopo alcuni mesi, per la comparsa di strane vegetazioni in sede d'iniezione, il paziente è stato biopsiato e trattato con farmaci intralesionali senza benefici, quindi si è rivolto alla Clinica Dermatologica dell'Università di Miami, dove in seguito a ulteriori biopsie è stata posta diagnosi istologica di cheratoacantoma multiplo. Analoghe inconsuete complicanze sono state riportate anche con altre procedure di ringiovanimento, il resurfacing laser ablativo (A. Gerwitzman et al, Dermatol Surg: 1999) e il peeling chimico! (S. Cox, Dermatol Surg: 2003). Per ridurre gli effetti indesiderati precoci bisogna selezionare bene le pazienti e fare evitare loro di assumere per alcuni giorni prima degli innesti: aspirine, anticoagulanti, vit.E, anti infiammatori, alcolici. È inoltre importante eseguire una tecnica molto accurata. Sia le migrazioni di materiale che i granulomi "caldi o freddi", possono procurare dubbi diagnostici clinici e istologici e a volte richiedere demolizioni chirurgiche. I trattamenti dei granulomi complicanti gli innesti di dermafiller variano a seconda del tipo e della presunta etiologia. Con quelli precoci "caldi" si utilizzano antibiotici orali, cortisonici orali (prednisone) e per infiltrazione intralesionale (triamcinolone), eventuali dissezioni con ago da 25G + infiltrazione di Soluzione Fisiologica.

Con quelli tardivi "freddi" s'inizia con cortisone per os e/o per infiltrazione, quindi si può passare a infiltrazioni di triamcinolone e 5-FUC. Nei casi resistenti e ostinati si resecta il solo granuloma quando la cute soprastante è indenne oppure si escide il granuloma e parte di cute adesa e nodosa, con interventi veri e propri di chirurgia plastica ricostruttiva. I decorsi post operatori sono lunghi e noiosi. Le cicatrici pur celate nei solchi nasogenieni o glabellari, restano visibili e possono residuare fistole. Tali situazioni creano gravi disturbi non solo psicologici alle pazienti, che per un miglioramento cosmetico portano per il resto della vita segni indelebili di cure "sfortunate". Con il fine di rendere la procedura ablativa, miniinvasiva, ambulatoriale, in anestesia topica oclusiva, si sta valutando efficacia e sicurezza di una metodica, derivata dal trattamento termoterapico delle neoplasie epatiche - polmonari e delle adiposità localizzate, conosciuta come (LTI) Laser Terapia Interstiziale. Sui micronoduli epidermici complicanti i dermafiller si sono utilizzati laser transdermici, i lavori sono riportati come esperienze personali: Il dott. D.M Duffy (USA) ha utilizzato il CO2 a 10.600 nm per resurfacing ablativo dei micronoduli. Il dott. D. Cassuto (Italy) a Barcellona settembre 2006 e chi scrive, a Bari nel giugno 2006, hanno utilizzato i 532 nm sui micronoduli con tele-neo angiogenesi nasogeniene e glabellari. La metodica laser intralesionale (LTI) in corso di verifica si attua con una sottile fibra ottica di 200 nm, la cui punta è inserita in un ago da 21G e la parte connettorizzata è collegata a un laser impulsato (Eufoton L800). Si veicola nell'interno della lesione, una quantità di energia fotonica proporzionata alla dimensioni del granuloma. Il nodulo irradiato si termoliquefa e scioglie, il prodotto ottenuto si sprema e si drena attraverso l'ago o attraverso il microforo lasciato dalla fibra. I parametri applicati clinicamente, sono stati elaborati e studiati sperimentalmente nel Laboratorio Eufoton - Trieste (ing. M. Boninsegna). Si sono testati tre laser emittenti lunghezze d'onda 808, 940, 980nm, al fine di verificare su tessuto animale, (parete addominale di maiale), il danno fototermico a diverse potenze, durate d'impulsi e velocità di movimento (avanti e indietro) della fibra. In accordo con i principi fisici sul rispetto dell'H2O e del grasso, si è preferita la 808nm per confinare l'onda termica intralesionale. I flussi energetici utilizzati dimostravano sulla punta 5 Watt, impulsi di 50ms, velocità 5mm/sec, con tali valori l'ipertermia (85°C) non supera i 2mm dalla punta della fibra. Tali parametri si sono applicati su quattro lesioni granulomatose, due nei solchi nasogenieni, di circa 10x7x3mm, una glabellare di 4x3x3mm, conseguenti a composto Emc + ac. ialuronico, inserito 4 anni prima, con cute soprastante eritematosa, già pluri trattata con cortisonici. La quarta lesione era sottomentoniera da ac. Pl, 7x5mm, infiltrata 5 anni prima, con cute soprastante integra. Si sono trattate le lesioni per 2 volte a distanza di un mese, il primo trattamento della durata di 5-6 minuti le ha ridotte tra 30-40%, il secondo le ha fatte regredire oltre 70%. Durante le sedute le pazienti hanno avvertito un minimo calore, risoltosi con l'applicazione di ghiaccio per due minuti, quindi hanno utilizzato una crema antibiotico-cortisonica per sette giorni. Non si sono osservati sanguinamenti. Le infiammazioni cutanee soprastanti i granulomi si sono risolte in 15-20 giorni dalla prima seduta. La ripresa sociale è stata immediata. Nei decorsi sono riferiti senso di tensione e diminuzione della sensibilità locale per 10-15gg. I buchini residui alle infissioni delle fibre sono guariti in 10 -14 gg senza lasciare segni evidenti. A sei mesi le pazienti si sono dichiarate soddisfatte per gli esiti dei trattamenti. Questi risultati per la minima casistica devono essere considerati preliminari, ma per la mini invasività e rapidità di esecuzione dimostrate nel trattamento dei granulomi da filler, resistenti alle terapie mediche, la metodica laser interstiziale 808nm ha buone probabilità di essere proposta come alternativa alla chirurgia ablativa.