



07 Settembre 2020

Lesioni del nervo linguale, come gestire e prevenire

Lesione fortemente invalidante che a seconda della natura può essere trattata. Queste le indicazioni ed i consigli del prof. Biglioli



Mi è stato estratto il dente del giudizio, ma la lingua è rimasta addormentata. *“Ho sentito questa frase centinaia di volte, perchè la lesione del nervo linguale è estremamente più frequente di quanto si immagina!”*. Chi ne parla è il professor **Federico Biglioli** (nella foto), specializzato in microchirurgia ed in particolare nel trattamento delle lesioni nervose del cavo orale, che cura presso la Cattedra e Unità Operativa Complessa di Chirurgia Maxillofaciale, da lui dirette all'Ospedale San Paolo di Milano.

La lesione del nervo linguale è **fortemente invalidante perchè limita la** deglutizione, la fonazione e la masticazione del cibo, e la causa del danno risiede nel decorso immediatamente extraperiosteale del nervo, postero-medialmente all'alveolo

dell'ottavo.

La signora Rosa (nome di fantasia) si è riferita al prof. Biglioli circa un anno dopo l'intervento estrattivo che ne ha causato la lesione accidentale. Il tempo trascorso dall'insorgenza della lesione nervosa alla visita è più lungo dell'ideale. Questo perchè le rigenerazioni nervose sono tanto più efficaci, tanto più si è in prossimità dell'evento lesivo. E' altrettanto vero che non c'è un limite temporale certo di esaurimento del flusso assoplasmatico, alla base della ricostituzione assonale. Questo può infatti durare per svariati anni, però è sicuramente più corretto rispettare i tempi ideali. **L'attesa temporale** è necessaria per distinguere una situazione di possibile autorisoluzione da una che necessiti di un trattamento microchirurgico: una lesione compressiva od uno stiramento del nervo sono potenzialmente reversibili spontaneamente, in un lasso di tempo di poche settimane.

*“E' per questo motivo che, anche in presenza di anestesia completa dell'emilingua, attendo sempre **tre mesi prima di porre indicazione all'intervento**. Non voglio certo correre il rischio di portare il paziente in sala operatoria inutilmente”*.

L'eccezione è costituita dalle lesioni dolorose, dove la qualità di vita del paziente è fortemente compromessa, e dove la guarigione spontanea non è possibile. In questo caso è mandatorio effettuare l'intervento quanto prima. Il fatto che spesso venga detto al paziente di attendere tempi

lunghe, rinviando la cura microchirurgica e, potenzialmente, riducendo la quantità di ripresa funzionale finale, è probabilmente legata alla confusione con il nervo alveolare inferiore.

Questo infatti, anche in caso di sezione completa, avrà il corretto corso del flusso assoplasmatico in direzione del moncone distale del nervo in quanto allocato nel canale osseo mandibolare. Il nervo linguale invece scorre nei tessuti molli dell'orofaringe e del pavimento orale. La sua sezione da luogo all'allontamento dei due monconi nervosi e pertanto la rigenerazione assonale non potrà ricostituirlo... salvo in caso di ricostituzione microchirurgica dell'integrità del nervo!

C'è chi dice che l'intervento sia inutile.

"Questa affermazione è assolutamente scorretta, basta vedere i filmati allegati per constatarlo. E' infatti consolidato che qualsiasi nervo sezionato e ricostruito ha un'ottima capacità di ripresa. E' vero che è difficile ottenere una restitutio ad integrum, però, considerando il deficit funzionale che il paziente manifesta e le algie che deve sopportare, credo sia un dovere morale instradarlo verso un recupero più che soddisfacente".

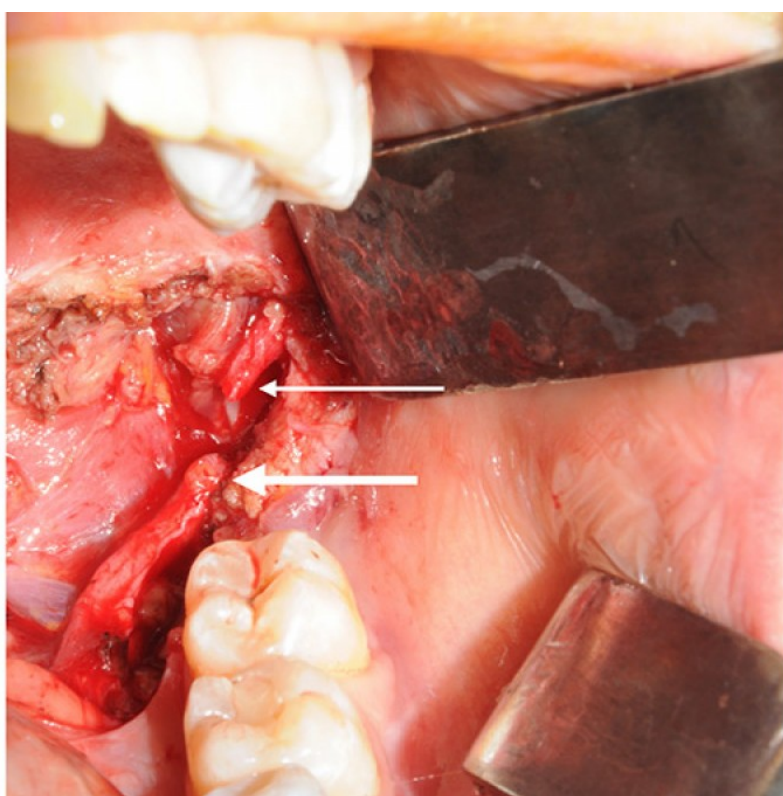


Fig. 1: il nervo linguale sinistro diviso in due monconi: il prossimale (freccia sottile) ed il distale (freccia spessa)

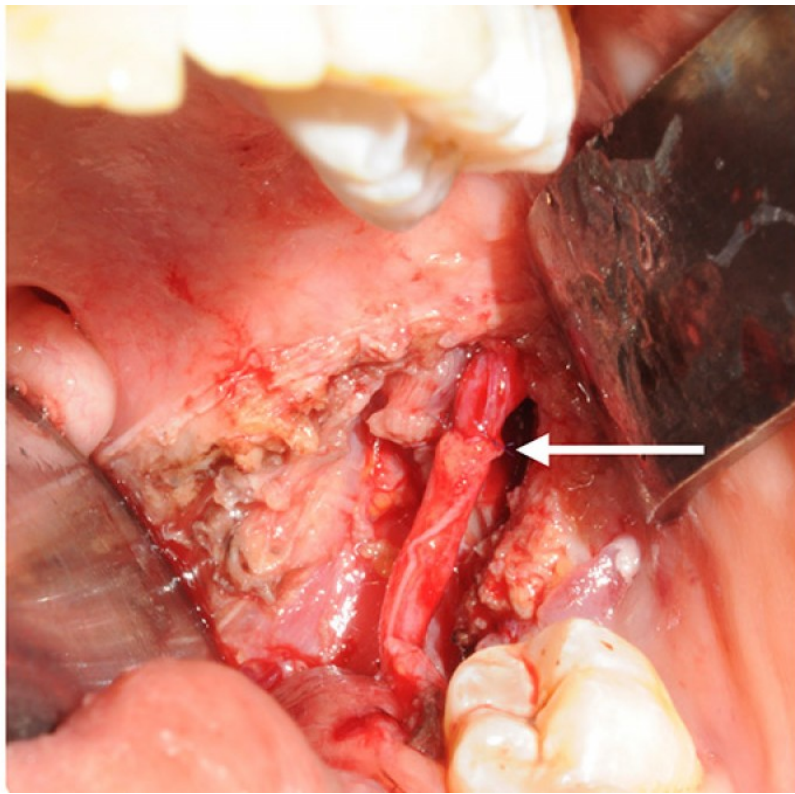


Fig. 2: neurorrafia ultimata con ingrandimento 30X, utilizzando fili in polipropilene 10/0.

Nel video sotto, la paziente viene testata prima dell'intervento ricostruttivo, 12 mesi dopo la sezione del nervo linguale. La puntura dell'emilingua sinistra, pur provocando fuoriuscita di sangue, non viene percepita dalla paziente.



Nel video sotto, la paziente viene testata 2 anni dopo l'intervento microchirurgico ricostruttivo. Il buon grado di ripresa funzionale è evidente, pur non arrivando alla restitutio ad integrum della funzione nervosa.

