

ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO

PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA

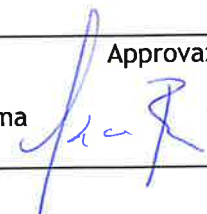
DEVIATIONE DEL SETTO NASALE, DEVIATIONE DELLA

PIRAMIDE NASALE E IPERTROFIA DEI TURBINATI

Rev. 02 del 22/10/2025

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Selezione e provenienza dei pazienti
3. Fase di ammissione
4. Fase di ricovero
5. Fase chirurgica
6. Fase dimissione
7. Follow up
8. Bibliografia

Redazione Firma  data 21/10/25	Verifica Firma  data 27/10/25	Approvazione Firma  data 30/10/25
--	---	---

**ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO
PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA
DEVIAZIONE DEL SETTO NASALE, DEVIAZIONE DELLA
PIRAMIDE NASALE E IPERTROFIA DEI TURBINATI**

Rev. 02 del 22/10/2025

1. INTRODUZIONE

DEVIAZIONE DEL SETTO NASALE - SETTOPLASTICA

La cartilagine quadrangolare del setto è raccolta in una cornice formata da strutture ossee-vomere, lamina perpendicolare dell'etmoide, ossa nasali, processo palatino del mascellare.

L'eventuale sviluppo disarmonico di queste strutture costringe la cartilagine ad occupare uno spazio minore della sua superficie, formando curve ed angolature che danno origine a quelle manifestazioni obiettive, genericamente definite come deviazione del setto nasale.

Molte deviazioni del setto hanno origine traumatica, in buona percentuale sono conseguenza di traumi da parto o di traumi infantili. Molti casi sono da porre in relazione ad una non corretta posizione del feto durante la vita intrauterina, con conseguente compressione del naso e della mascella.

La sintomatologia soggettiva é rappresentata da ostruzione respiratoria nasale uni o bilaterale variabile spesso in rapporto al variare dell'edema della mucosa dei turbinati. Si possono avere ripercussioni funzionali anche sulle vie aeree inferiori, sulla tromba di Eustachio e quindi sull'orecchio medio. Spesso si accompagnano modificazioni anatomiche delle strutture circostanti, ipertrofia compensativa dei turbinati e della bulla etmoidale contrapposti alla concavità del setto.

Terapia: l'intervento di dissezione sotto pericondrale e sottoperiosteale e rimodellamento del setto nasale viene eseguita in anestesia generale. Questo intervento proposto molti anni addietro da Killian e Freer, è sostituito oggi da tecniche meno demolitive (settoplastica), che hanno lo scopo di sostituire la riposizione del setto nasale alla sua asportazione.

La deviazione del setto nasale, se interessa soprattutto la sua parte cartilaginea, può apportare ad una deviazione della piramide nasale. In questi casi si può associare alla settoplastica un intervento di rinoplastica.

**ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO
 PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA
 DEVIATIONE DEL SETTO NASALE, DEVIATIONE DELLA
 PIRAMIDE NASALE E IPERTROFIA DEI TURBINATI**

DEVIATIONE DELLA PIRAMIDE NASALE - RINOSETTOPLASTICA

La rinoplastica è uno degli interventi più comuni in chirurgia plastica. A seconda si voglia correggere solo la forma del naso o anche il difetto di respirazione spesso presente (setto nasale deviato e/o ipertrofia dei turbinati), si usa propriamente il termine "rinoplastica" o "rino/setto/turbinoplastica". Di solito, la correzione estetica e funzionale devono essere contemporanee (nel medesimo intervento), sia in quanto comportano tempi chirurgici comuni sia in quanto porzioni di cartilagine prelevate dal setto deviato vengono impiegate per il miglioramento estetico della punta e/o del dorso.

La rinoplastica può ridurre il gibbo nasale (comunemente detto "gobba"), ridurre o aumentare le dimensioni del naso, cambiare la forma della punta (ad esempio, troppo lunga oppure globosa), stringere o uniformare il dorso o il diametro delle narici, ed anche modificare l'angolo tra il naso ed il labbro superiore. Inoltre, impiegando tecniche specifiche, è di solito possibile per un chirurgo esperto, effettuando quella che si definisce "rinoplastica secondaria", porre rimedio al cattivo risultato di una o più rinoplastiche già effettuate, solitamente migliorando anche la funzione respiratoria.

la rinosettoplastica resta un intervento tra i più complessi in chirurgia plastica: le numerose variabili dell'anatomia di ogni singolo paziente rendono difatti fondamentale la massima accuratezza nel pianificare e poi eseguire l'intervento.

Chi è candidato alla rinoplastica

Il candidato migliore alla rinoplastica è uomo o donna in buona salute, psicologicamente stabile e realistico nelle sue aspettative, che desideri migliorare da un punto di vista estetico e funzionale la forma del proprio naso (gibbo, punta, larghezza, lunghezza, forma delle narici ecc...) Una buona comunicazione tra chirurgo e paziente, anche se richiede tempo ed attenzione, è assolutamente necessaria affinché il chirurgo sia del tutto certo di ciò che desiderate e voi possiate chiaramente comprendere ciò che è realisticamente conseguibile dall'intervento.

E', ovviamente, poi, fondamentale, che specifichiate la vostra eventuale difficoltà respiratoria, nell'ottica di effettuare, come di frequente, una setto-turbinoplastica contemporaneamente alla rinoplastica. Talvolta, una setto-turbinoplastica sarà comunque utile anche se non avete mai manifestato sintomi di difficoltà respiratoria: difatti, può accadere, ad esempio, che un setto deviato non corretto determini ostruzione respiratoria dopo una rinoplastica (dato che la frattura chirurgica delle ossa nasali effettuata per

ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO

PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA

DEVIATIONE DEL SETTO NASALE, DEVIATIONE DELLA

PIRAMIDE NASALE E IPERTROFIA DEI TURBINATI

stringere un dorso largo ha a quel punto ristretto il diametro interno del passaggio aereo quanto basta per determinare difficoltà alla respirazione).

Bisogna premettere che lo scopo della rinoplastica estetica è' quello di darvi il miglior aspetto estetico possibile, compatibilmente con la struttura del vostro viso. Per il risultato finale, giocheranno molti elementi, come lo spessore ed il tipo di pelle, lo spessore e la forma delle vostre ossa nasali e delle cartilagini, l'età, il processo di cicatrizzazione, ecc..., non tutti controllabili dal chirurgo, pur essendo di solito prevedibili. Ad esempio, una pelle spessa preclude l'ottenimento di una punta ben cesellata, per quanto cio' sia migliorabile, ad esempio, con l'impiego di innesti di cartilagine. Inoltre, una cute spessa non consente una riduzione marcata delle dimensioni del naso, in quanto la pelle non si potrebbe poi ridrappeggiare sulle strutture ossee e cartilaginee sottostanti. Per quanto appunto molte variabili siano quindi prevedibili, non è comunque possibile sempre garantire un risultato esatto, per quanto venga fatto tutto cio' che è tecnicamente possibile per conseguirlo. Se le vostre aspettative non sono miracolistiche, ma piuttosto discuterete attentamente con il chirurgo su ciò che è possibile ottenere, sarete soddisfatti del risultato finale.

Dopo aver scattato diverse foto saranno utilizzate per più simulazioni in pressoché tutti i casi. Ciò vi sarà utile per comprendere ed analizzare insieme al chirurgo le soluzioni realisticamente possibili, nel rispetto sia delle vostre esigenze che delle caratteristiche desiderabili di armonia del viso. E' comunque necessario ben comprendere che una simulazione non costituisce una "garanzia" di risultato, ma piuttosto un "risultato altamente probabile", essendo appunto l'esito chirurgico finale determinato dal complesso dei molti elementi già descritti sopra.

Per quanto riguarda l'età, la rinoplastica non è indicata per una età particolare: alcuni pazienti hanno "tratti ereditari" marcati che possono trarre beneficio dall'intervento in giovane età, mentre in altri pazienti una rinoplastica anche in età avanzata può senz'altro grandemente migliorare gli effetti negativi dell'invecchiamento. Comunque, una rinoplastica non è mai indicata prima dei 15-16 anni, per consentire il pieno completamento della crescita; nel caso, comunque, di pazienti adolescenti, è importante che vi sia una motivazione reale condivisa dai genitori, aspettative realistiche ben comprese e sufficiente maturità per comprendere possibilità, natura e limiti dell'intervento.

E' infine da notare che il naso rappresenta un elemento del vostro viso che si deve bilanciare con le altre strutture del volto, specie nel profilo.

**ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO
 PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA
 DEVIAZIONE DEL SETTO NASALE, DEVIAZIONE DELLA
 PIRAMIDE NASALE E IPERTROFIA DEI TURBINATI**

Rev. 02 del 22/10/2025

L'operazione dura in genere circa tre ore, a seconda della necessità di effettuare o meno varie manovre chirurgiche. Una rinosettoplastica secondaria, terziaria, o oltre, può invece durare anche 5-6 ore, data la necessità, di solito, di impiegare numerosi innesti ed altre manovre aggiuntive.

E' comunque importante che voi comprendiate che un tempo operatorio più lungo di quanto si possa comunemente pensare non significa rischi di sanguinamento, ecchimosi, dolore nel postoperatorio o altre complicazioni; al contrario, un tempo chirurgico adeguato, insieme ad una anestesia sicura, è indispensabile per un risultato eccellente e stabile nel tempo, senza problematiche e sorprese dopo l'intervento, proprio perchè ogni variabile viene controllata durante l'intervento con massima cura del dettaglio.

Nel corso dell'intervento, la cute del naso viene separata dall'impalcatura sottostante di osso e cartilagine, che viene poi "scolpita" fino a raggiungere la forma desiderata. Tale nuova forma si ottiene sia rimuovendo selettivamente il tessuto in eccesso, sia aggiungendo supporto e migliorando i contorni con l'impiego di "innesti" di cartilagine (prelevati dal setto nasale o, meno frequentemente, dalla cartilagine dell'orecchio). La gobba ("gibbo") viene rimossa mediante uno scalpello o una raspa e, quando necessario, le due ossa nasali vengono avvicinate mediante una o più "fratture chirurgiche" ("osteotomie") per stringere adeguatamente il dorso.

Nel corso dello stesso intervento, si correggono di solito anche la frequente deviazione del setto e/o l'ipertrofia dei turbinati, per migliorare la funzione respiratoria. In alcuni casi (ad es. volta media del naso stretta ed ossa nasali corte), sarà necessario effettuare una settoplastica o "allargare" con innesti cartilaginei lo spazio tra setto nasale ed i due lati del naso (valvola nasale interna) anche se non esiste difficoltà respiratoria significativa prima dell'intervento, proprio per evitare che il restringimento "cosmetico" del naso comporti poi, a distanza del tempo, problemi funzionali.

Per quanto sia anche possibile compiere tutte queste manovre solo dall'interno del naso con una "tecnica chiusa" (quindi solo mediante incisioni all'interno delle narici, senza quindi una visione diretta), è oggi spesso preferibile usare una "tecnica aperta".

. Nella rinoplastica aperta ("open"), oltre alle incisioni interne, si effettua una piccola incisione a "V" o a "scaletta", trasversale rispetto alla columella (la stretta colonna di tessuto che separa le due narici), che consente in effetti di "scoperchiare" il naso e rendere evidenti tutte le strutture su cui operare.

ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO

PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA

DEVIAZIONE DEL SETTO NASALE, DEVIAZIONE DELLA

PIRAMIDE NASALE E IPERTROFIA DEI TURBINATI

L'impiego di una "tecnica aperta" permette una miglior precisione di risultato rispetto alla "tecnica chiusa", a spese di una piccola cicatrice che, nella grande maggioranza dei casi, resta pressochè invisibile dopo 6-8 mesi. La visione diretta consente una diagnosi intraoperatoria precisa delle deformità di qualsiasi caso specifico, anche complesso, ed una migliore correzione con tecniche accurate spesso non egualmente praticabili con una rinoplastica "chiusa". Quando tutte le strutture del naso vengono così esposte, intervenire su di esse risulta più facile, controllabile e sicuro. Il trattamento diventa individualizzato, le deformazioni da correggere sono evidenti e ben accessibili. Una volta analizzato ogni elemento, sia riguardo la forma sia la funzione respiratoria, il chirurgo può procedere a risistemare le parti anatomiche mediante uno "smontaggio e rimontaggio" delle singole componenti. Il sanguinamento viene controllato direttamente con precisione. L'impiego accurato di suture di modellamento e di innesti di cartilagine prelevati dal setto, seppur richieda un tempo un po' più lungo rispetto alla tecnica "chiusa" ed una specifica esperienza dell'operatore, consente un risultato predicibile e naturale, stabile a distanza di molti anni. Inoltre, la tecnica "aperta" permette anche una miglior correzione del deficit funzionale respiratorio, in quanto questo è correlato alla deviazione del setto, che viene anch'essa corretta sotto visione diretta. Nel caso di deformità prevalentemente della punta, la tecnica "aperta" ne consente un preciso e graduabile rimodellamento, non distruttivo e stabile nel tempo. O la via "chiusa" tradizionale dove l'accesso chirurgico avviene attraverso incisioni intracartilaginee senza provocare cicatrici esterne

IPERTROFIA DEI TURBINATI

Quadro patologico di frequente riscontro, caratterizzato dall' aumento del volume della mucosa dei turbinati inferiori.

Sintomi:

Ostruzione nasale inizialmente fluttuante, che si alterna da lato a lato. Successivo aggravamento con stenosi nasale bilaterale. Secrezione catarrale nasale e rino-faringea. Rinolalia chiuse. Possibile cefalea ed iposmia.

Eziopatogenesi:

Alterazione vasomotoria conseguente ad iperattività nasale specifica o aspecifica, infezioni ricorrenti rino-sinusali, deviazione del setto, infiammazione cronica conseguente al fumo di

ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO

PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA

DEVIAZIONE DEL SETTO NASALE, DEVIAZIONE DELLA

PIRAMIDE NASALE E IPERTROFIA DEI TURBINATI

Rev. 02 del 22/10/2025

sigaretta, disendocrinopatie, gravidanza, periodo mestruale, menopausa, patologie cardiocircolatorie, abuso di decongestionanti nasali.

Complicanze:

Sinusopatie, flogosi faringo-laringea, sindrome rino-bronchiale, patologia tubo-timpanica.

Diagnosi:

Rinoscopia anteriore, rinofibrosopia, rinomanometria a volte, test allergologici,

Chirurgia:

Turbinectomia inferiore totale o parziale (in A.G.), cauterizzazione chimica, galvano o crochirurgia, laser, radiofrequenza (in A.L..)

2. SELEZIONE E PROVENIENZA DEI PAZIENTI

- 1 pazienti provengono da studi privati o dall'ambulatorio della Clinica dove attraverso visita specialistica vengono raccolte informazioni cliniche ed anamnestiche atte a formulare una diagnosi e determinare l'idoneità dei pazienti al trattamento chirurgico del caso;
- Esecuzione di rino-fibroscopia;
- Inserimento nelle liste di attesa chirurgica ORL.
- Per la rinoplastica sarà opportuno raccogliere il maggior numero di informazioni possibili per determinare la personalità del paziente e le sue aspettative dall'esecuzione dell'intervento. A tal fine si può fare ricorso ad un test psicologico e all'eventuale consulenza psichiatrica per stabilire quali siano le aspettative del candidato alla rinoplastica e se siano compatibili con la situazione clinica e la correzione chirurgica
- Esecuzione di uno studio fotografico codificato dal quale il chirurgo potrà trarre la documentazione preoperatoria utile per la programmazione, l'archiviazione, la didattica e, dove occorre, per motivi medico-legali;
- Inserimento nelle liste di attesa chirurgica ORL.

**ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO
 PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA
 DEVIAZIONE DEL SETTO NASALE, DEVIAZIONE DELLA
 PIRAMIDE NASALE E IPERTROFIA DEI TURBINATI**

3. FASE DI AMMISSIONE

- Avviso per chiamata telefonica da parte del personale addetto alle prenotazioni;
- Conferma del giorno del ricovero;
- Conferma del giorno di esecuzione delle indagini preoperatorie (da effettuarsi i giorni prima dell'intervento):
 - Esami ematochimici (vedi allegato)
 - Elettrocardiogramma
 - RX torace (età superiore a 60 anni)
 - TC massiccio facciale (già stati eseguiti in precedenza)
- Esame rino-faringoscopico ed eventuale registrazione di video-immagini
- Presa visione degli esami e determinazione dell'idoneità all'intervento chirurgico
- Esecuzione di eventuali consulenze specialistiche qualora si rendano necessarie ed eventuale spirometria;
- Conferma del giorno dell'intervento chirurgico.

4. FASE DI RICOVERO

Registrazione presso gli uffici amministrativi della clinica;

Accoglimento in reparto:

- Da parte del personale infermieristico (assegnazione della camera di degenza)
- Da parte del medico chirurgo Otorino:
 - Compilazione della cartella clinica con allegati gli accertamenti clinici ed eventuali visite specialistiche effettuate nella fase preoperatoria;
 - Informazione del paziente circa la patologia e le sue cure e le tecniche chirurgiche;
 - Presa visione del modulo del consenso informato per l'intervento chirurgico e firma per accettazione sia del paziente sia del medico.
- Da parte del medico Anestesista:
 - Valutazione del rischio operatorio e presa visione del questionario di anestesia compilato e firmato dal paziente e controfirmato dal medico anestesista;
 - Intervento informativo sul tipo di anestesia idonea al trattamento chirurgico;

**ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO
PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA
DEVIATIONE DEL SETTO NASALE, DEVIATIONE DELLA
PIRAMIDE NASALE E IPERTROFIA DEI TURBINATI**

- Lettura e presa visione del consenso informato del rischio anestesilogico e firma per accettazione del paziente e del medico anestesista.

TERAPIA MEDICA PRE-OPERATORIA:

Ciclo di antibiotici la settimana precedente l'intervento (in casi di infezione cronica recidivante)

5. FASE CHIRURGICA

- Preparazione pre intervento il giorno precedente;
- Intervento chirurgico;
- Fase post-operatoria: valutazione dei parametri vitali e fisiologici; esecuzione di eventuali controlli ematologico; prescrizione e somministrazione di trattamenti farmacologici; mobilizzazione attiva del paziente e controllo della ripresa fisica e psichica del paziente.

6. FASE DI DIMISSIONE

La dimissione del paziente viene stabilita dall'Otorino che ha effettuato l'intervento o da altro Chirurgo da lui delegato in collaborazione con l'Anestesista ed è subordinata alla verifica dei seguenti parametri:

- recupero completo dell'orientamento temporo-spaziale;
- confermata stabilità cardio-circolatoria;
- confermato recupero dei riflessi di protezione delle vie aeree ed assenza dei problemi respiratori;
- ripristino della minzione spontanea;
- assenza di epistassi;
- minima sensazione di dolore e nausea compatibili con la gestione domiciliare;
- confermata capacità di assumere liquidi;
- confermata capacità di deambulazione;
- controllo di assenza di sanguinamento rino-faringeo e controllo dei tamponi per le equipe che li utilizzano;

**ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO
 PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA
 DEVIATIONE DEL SETTO NASALE, DEVIATIONE DELLA
 PIRAMIDE NASALE E IPERTROFIA DEI TURBINATI**

- confermata presenza di un accompagnatore;
- assenza di disagio psico-emotivo.

Al paziente alla dimissione sarà consegnata, oltre la scheda informativa, una relazione destinata al medico curante composta dai seguenti elementi:

- breve descrizione dell'intervento chirurgico;
- copia degli esami eseguiti nella fase preoperatoria e durante il ricovero;
- eventuali condizioni degne di nota realizzatesi durante l'intervento chirurgico o nel postoperatorio;
- descrizione della terapia effettuata durante il ricovero;
- indicazione ai trattamenti farmacologici consigliati nel postoperatorio;
- indicazione della struttura reperibile per ogni eventuale comunicazione, compreso un recapito telefonico;
- indicazione della prima visita di controllo, della rimozione dei tamponi nasali;
- consigli da seguire nell'immediato postoperatorio in relazione al tipo di intervento effettuato.
- Indicazione sulla data di consegna dell'eventuale esame istologico.

TERAPIA MEDICA POST-OPERATORIA:

- Ciclo di cortisonici per bocca
- Lavaggi nasali tramite docce nasali con cortisonici locali
- Antibiotici la settimana dopo l'intervento solo in casi selezionati
- Ciclo di coagulanti orali la settimana dopo l'intervento

7. FOLLOW UP

Il paziente viene invitato a prenotare la prima visita di controllo dopo 7 giorni dal giorno dell'intervento e naturalmente se compaiono complicanze durante il decorso post operatorio.

La visita verrà effettuata previa prenotazione presso l'ambulatorio della Casa di Cura o presso lo studio medico privato dal quale il paziente proviene.

Successivamente verrà effettuato dal medico specialista ORL un successivo controllo endoscopico a distanza di 1 mese.

ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO

PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA

DEVIAZIONE DEL SETTO NASALE, DEVIAZIONE DELLA

PIRAMIDE NASALE E IPERTROFIA DEI TURBINATI

8. BIBLIOGRAFIA

1. Abilio Munoz, Md., Michael Leo Lepore, Md. : *"Anomalie del setto nasale"*, secrets in otorinolaringoiatria, Ed. Mosby Italia, pp 85-87, 1998;
2. Anderson JR : *"Philosophical considerations in revising cosmetic surgical operations"*. Otolaryngol Clin North Am, 7,57, 1974;
3. Anderson JR, Ries WR : *"Rhinoplasty the external approach"*. The American Academy of Facial Plastic and Reconstructive Surgery. Georg Thieme Verlag, New York, 1986;
4. Asch M : *"A new operation of deviation of nasal septum. With a report of cases"*. Trans Amer. Laryng. Ass, New York : D. Appleton & Co., 76, 1981;
5. Bittle RM : *"Valutazione psichiatrica del paziente che cerca la rinoplastica"*. Otolaryngol. Clinica, 1,154, 1976;
6. Cottle MH, Lo ring RM, Fischer GG, Gaynon IE, : *"The maxilla-premaxilla approach to extensive nasal septum surgery"*. Arch. Otolaryngol, 68,301, 1958;
7. Hinderer KH : *"Correction of deformities of the base of the nose"*. Plast. Rec. Surg. Face and Neck Proc. 2nd Internat. Symp., Vol I, Grune and Stratton Ed., New York, S. Francisco, London, 1977;
8. Kent E. Gardner, Md. : *"Anatomie e Funzione dei seni"*, secrets in otorinolaringoiatria, Ed. Mosby Italia, pp 92-97, 1998
9. Marcucci L. : *"La Rinoplastica attraverso i secoli"*. Acta Otorhinol. Ital., 13,181, 1993;
10. McCollough EG : *"Systematic approach to correction of the nasal tip in rhinoplasty"*. Arch. Otolaryngol., 107,12, 1981;
11. Meyer R : *"Anesthesia in secondary and functional rhinoplasty"*. Da: the difficult nose, p.31. Gune and Stratton Ed., Orlando, 1988;
12. Michele-Pellegrini V.: *"Preparazione anestesiológica"*. Da: Il naso torto, p. 73, La Garangola Ed., Padova, 1985;
13. Micheli-Pellegrini V., Manfrida GM. : *"Rhinoplasty and its psychological implications: applied psychology observations in aesthetic surgery"*. Aesth. Plast. Surg. 3,299, 1979;
14. Micheli-Pellegrini V.: *"Il naso torto"*. La Garangola Ed., Padova,107, 1985;

ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO

PER IL TRATTAMENTO DEI PAZIENTI AFFETTI DA

DEVIATIONE DEL SETTO NASALE, DEVIATIONE DELLA

PIRAMIDE NASALE E IPERTROFIA DEI TURBINATI

Rev. 02 del 22/10/2025

15. Piccini A. : *"La Rinoplastica, aspetti clinici e tecnici di un binomio estetico funzionale"*; *"Lezione di clinica otorinolaringoiatria"*, Ed. Industria e Grafica romana, pp 167-189, 1994;
16. Ponti L. : *"Severe trauma of the nose"*. Plast. Rec. Surg. Face and Neck Proc. Second Internat. Symp., Vol. II, Rehabil. Surg., Grune and Stratton Ed., New York, S. Francisco, London, 1977;
17. Romiti G. : *"Compendio di anatomia topografica dell'uomo con speciali applicazioni alla chirurgia pratica"*. Soc. Edit. Libreria, Milano, 1897;
18. Sperati G. : *"I chirurghi empirici italiani e l'affermazione della rinoplastica nel XV secolo"*. Acta Otorhinol. Ital., 13,267, 1993;
19. Wright WK : *"External septorhinoplasty. A tool for teaching and for improved results"*. Laryngoscope, 91,945, 1981;