
Padiglione auricolare

Tecnica con sutura per il trattamento dell'otoematoma

Paul E. Cechner

Gli otoematomi occorrono più frequentemente nei cani con orecchie pendenti e solo occasionalmente in quelli con orecchie erette e nei gatti. Gli ematomi sono più evidenti sulla superficie concava dell'orecchio. L'eziologia non è chiara, ma la teoria più accreditata è che la lesione sia autoprodotta con lo scuotimento della testa, con il grattamento e lo strofinamento dell'orecchio.

La cartilagine auricolare è attraversata da numerosi fori, conformazione che consente il passaggio di numerosi vasi dalla grande arteria auricolare. Si ritiene che le forze di taglio causate da un trauma possano determinare la rottura di alcuni vasi. Il sangue si accumula tra la cute e gli strati di cartilagine del padiglione. L'emorragia prosegue fino a quando la pressione all'interno dell'ematoma non uguaglia quella delle arterie nutritive.

Tra le cause che sono alla base dell'irritazione dell'orecchio si devono considerare tutti i fattori esterni e le patologie che predispongono un animale all'otite esterna, comprese le patologie immuno-mediate, l'ipersensibilità ad alimenti o a sostanze inalate.

Considerazioni terapeutiche

Gli ematomi devono essere trattati subito dopo la diagnosi. Se sono trascurati, la retrazione fibrosa determina alterazioni di natura estetica. In alcuni casi l'orecchio assume un aspetto

“a cavolfiore” e si tratta di una deformazione permanente. Per il controllo a lungo termine degli animali con otoematoma è fondamentale individuare e curare la causa predisponente che è alla base.

Tecnica con sutura

Nell'esperienza dell'Autore, il trattamento più efficace degli otoematomi è il drenaggio mediante incisione, unito alla sutura. Si prepara chirurgicamente, su entrambi i lati, il padiglione auricolare. A seconda delle preferenze del chirurgo, gli ematomi si possono aprire usando incisioni lineari, ad “S” ed a croce.

Il coagulo di fibrina viene rimosso e la cavità viene “curettata” ed irrigata con soluzione fisiologica. Le suture da materalasso orizzontali sono applicate in linee parallele all'incisione cutanea (Fig. 9.1). Le prime linee di sutura si applicano al margine più esterno della cavità dell'ematoma ed ogni nuova linea è applicata verso l'incisione cutanea. Lo spazio tra le suture varia a seconda delle dimensioni e della forma del padiglione auricolare ed a seconda delle dimensioni e della posizione dell'ematoma.

I punti di sutura sono lunghi da 5 a 10 mm, distanziati da 5 a 10 mm, su ogni linea, e da 5 a 10 mm tra le linee, e l'ultima linea di sutura è applicata da 2 a 5 mm dall'incisione cutanea. Di solito si applicano da 2 a 5 linee di sutura da ciascuna parte dell'incisione. La cute non è suturata, per favorire il drenaggio della ferita. Per i gatti si raccomanda lo stesso procedimento; però la spaziatura tra suture è di 2-4 mm. In entrambe le specie, i punti non devono essere perpendicolari all'incisione cutanea (Fig. 9.2).

I punti penetrano a pieno spessore nel padiglione auricola-

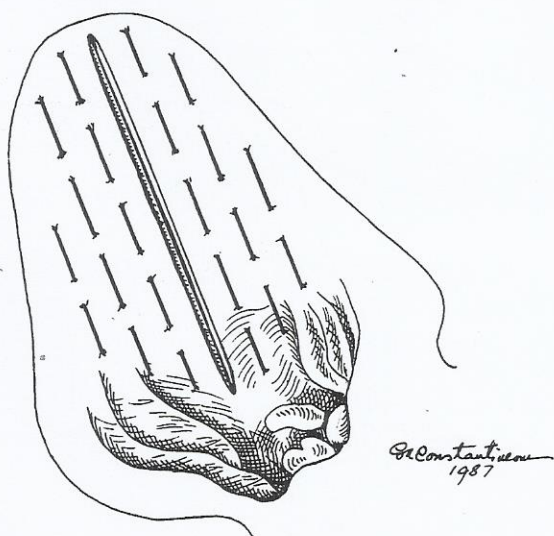


Fig. 9.1. Corretta applicazione delle suture in seguito all'asportazione di un otoematoma.

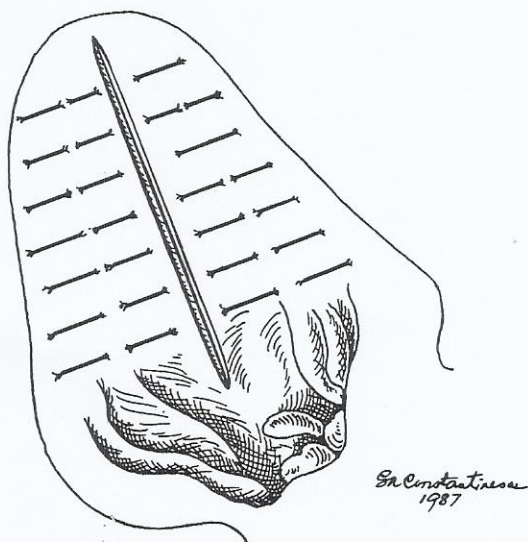


Fig. 9.2. Errata applicazione delle suture in seguito all'asportazione di un otoematoma.

re e sono annodati sulla superficie convessa dell'orecchio (Fig. 9.3). Quando si applicano i punti, il chirurgo deve cercare di evitare i tre rami principali della grande auricolare, visibili sulla superficie convessa del padiglione. Il grado di tensione della sutura è soggettivo. Indicativamente, i punti dovrebbero essere applicati con una tensione tale da consentire di introdurre la punta del portaaghi fino al perno di articolazione.

Sono stati usati materiali da sutura diversi. La preferenza dell'Autore va al nylon o al polipropilene, 2-0, 3-0, o 4-0, inastati su un ago da cute retto. Se le suture sono applicate correttamente, non è necessario usare sostegni o cucire attraverso le suture materiale di rinforzo come pellicole radiografiche.

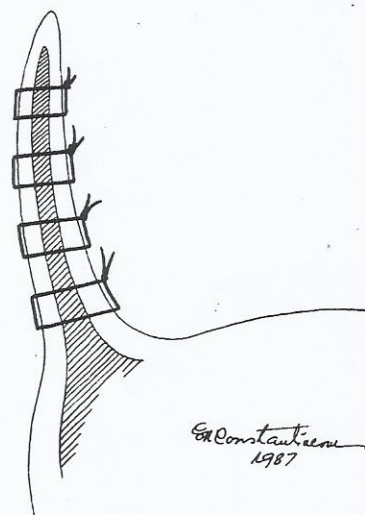


Fig. 9.3. Dopo l'asportazione di un otoematoma, i punti sono applicati a pieno spessore attraverso l'orecchio e i nodi sono posti sulla superficie convessa. Vedi la figura 9.1 per la corretta applicazione delle suture.

Cura postoperatoria

Per proteggere e immobilizzare l'orecchio si applica un leggero bendaggio protettivo. Le orecchie pendenti si bendano sulla testa o sul collo. Le orecchie erette vengono bendate in modo che mantengano una posizione eretta normale. I bendaggi non dovrebbero ostruire l'apertura del condotto uditivo verticale. Il bendaggio si sostituisce dopo 3 giorni e viene rimosso in settima giornata. I punti sono rimossi dopo 3 settimane. Si raccomanda l'impiego di un collare elisabettiano per evitare il grattamento dell'orecchio non bendato.

Complicanze

Le complicanze più comuni degli otoematomi sono modificazioni di carattere estetico e recidive. È stata segnalata la necrosi del padiglione a causa di un'errata applicazione delle suture. Le modificazioni estetiche sono di solito il risultato di un intervento eseguito in ritardo, di un errato posizionamento delle suture e di un'eccessiva tensione dei punti.

Gli otoematomi possono recidivare nella medesima posizione, ma è più probabile che si ripresentino in una sede adiacente a quella originale. La recidiva di un ematoma è probabile quando si usa un numero inadeguato di suture o quando queste sono applicate in modo scorretto o quando le cause che sono alla base non vengono individuate e curate adeguatamente. La necrosi del padiglione può essere prevenuta evitando i rami ascendenti della grande arteria auricolare, applicando le suture parallelamente anziché perpendicolarmente alla linea di incisione.

Educazione del cliente

La spiegazione al proprietario di tutti gli aspetti degli otoematomi e del modo di seguirne il decorso può aiutare ad evi-

tare incompressioni, specialmente nel caso di complicanze. I proprietari dovrebbero anche capire che si renderanno necessarie ulteriori indagini e spese per curare adeguatamente le cause che sono alla base della patologia.

Letture consigliate

- Angarano DW. Diseases of the pinna: Vet Clin North Am 1988;18:1.
 Dubielzig RR, Wilson JW, Seireg AA. Pathogenesis of canine aural hematomas. J Am Vet Med Assoc 1984;185:873.
 Harvey CE. Ear canal disease in the dog: medical and surgical management. J Am Vet Med Assoc 1980;177:136.
 Henderson RA, Horne RD. The pinna. In: Slatter DH, ed. Textbook of small animal surgery. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1993.
 McKeever PJ. Otitis externa. Compend Contin Educ Pract Vet 1996;18:759.
 McCarthy RJ. Surgery of head and neck. In: Lipowitz AL, Caywood DD, Newton CD, et al., eds. Complications in small animal surgery. Baltimore: Williams & Wilkins, 1996.

Tecnica senza sutura per la riparazione dell'otoematoma

M. Joseph Bojrab e Gheorghe M. Constantinescu

Uno svantaggio delle tecniche che prevedono la sutura per la riduzione degli otoematomi è che l'orecchio trattato si può ispessire, raggrinzire ed assumere un aspetto simile ad un ca-

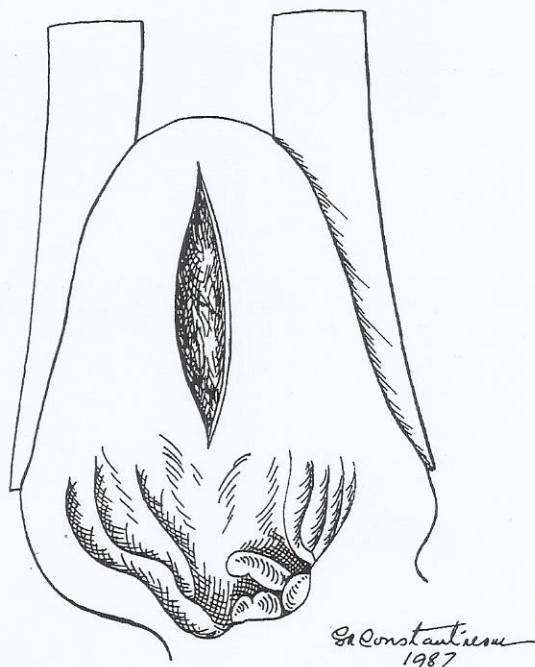


Fig. 9.4. Sui margini rostrale e caudale del lato convesso del padiglione auricolare si applicano cerotti corti. I cerotti devono superare il margine dell'orecchio. Si vede l'incisione ellittica nella cavità dell'ematoma.

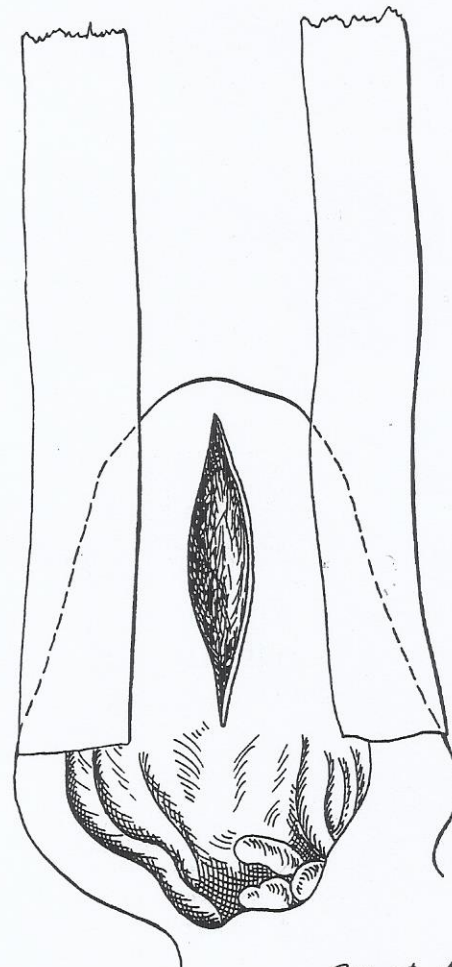


Fig. 9.5. Sul lato concavo dei margini rostrale e caudale del padiglione auricolare si applicano cerotti lunghi. Anche questi devono oltrepassare il margine dell'orecchio e prendono contatto con i cerotti applicati sul lato opposto.

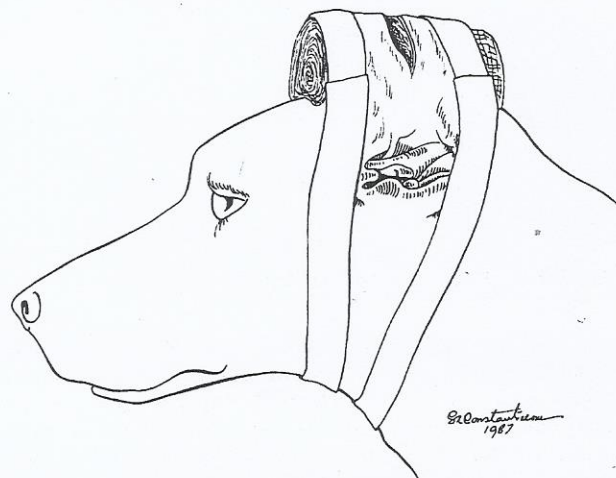


Fig. 9.6. Il padiglione viene quindi ribaltato su un grosso rotolo di imbottitura da ingessatura e il cerotto è avvolto attorno al collo, per mantenere l'orecchio in posizione.

volfiore. Questi cambiamenti indesiderati non si verificano con la tecnica senza suture, presentata di seguito.

Dopo che il padiglione è stato rasato, deterso a fondo e preparato, si pratica un'incisione ellittica sulla superficie concava, sopra il rigonfiamento. L'incisione dovrebbe esporre la cavità dell'ematoma da un'estremità all'altra. La cavità viene curettata completamente e irrigata abbondantemente. L'orecchio viene saldamente incrociato in modo da lasciare esposta l'incisione (Figg. 9.4 e 9.5) e il padiglione viene quindi ribaltato su un grande rotolo di imbottitura da ingessa-

tura e mantenuto in posizione con il cerotto (Fig. 9.6). Una garza chirurgica Telfa che non aderisce alla ferita, coperta con una protezione Tendersorb Wet Pruf è posta sulla superficie di incisione e viene sostituita al bisogno. Non si utilizzano suture.

L'orecchio viene tenuto fermamente immobilizzato per 3 settimane. La guarigione avviene per seconda intenzione. L'eliminazione delle suture aiuta a mantenere il padiglione disteso e ne previene l'ispessimento, il raggrinzimento e l'aspetto a cavolfiore.

Orecchio esterno

Terapia dell'otite esterna

M. Joseph Bojrab e Gheorghe M. Constantinescu

L'otite esterna è un'inflammatione dell'epitelio del condotto uditivo esterno, caratterizzata da aumento di produzione di materiale ceruminoso e sebaceo, desquamazione dell'epitelio, prurito e dolore. La condizione è causata da uno o più agenti eziologici, compresi parassiti, batteri e funghi. Anche allergie e traumi possono avere un ruolo nell'otite esterna.

La conformazione del condotto uditivo e del padiglione può predisporre all'insorgenza di otite esterna acuta e cronica. Per esempio, l'elevata incidenza della patologia nei Barboncini e nei Cocker spaniel indica che il padiglione pendente e l'abbondante presenza di peli nel condotto uditivo esterno predispongono all'otite esterna. L'elevata umidità relativa del condotto uditivo esterno, unita al calore, all'oscurità e alla conformazione chiusa del condotto di alcune razze di cani, fornisce un ambiente molto adatto alla crescita di agenti infettivi. L'otite esterna cronica può cambiare definitivamente le dimensioni e le caratteristiche del condotto uditivo esterno. L'epitelio diventa spesso e fibroso e può ulcerarsi. Il condotto uditivo può diventare stenotico se l'epitelio ha una cicatrizzazione esuberante o va incontro a proliferazione metastatica.

Diagnosi e terapia medica

Per una corretta diagnosi e valutazione dell'otite esterna è assolutamente necessario esaminare con l'otoscopio ciascun orecchio, arrivando a visualizzare il timpano. La terapia iniziale di questa patologia consiste nell'irrigazione e nella detersione del condotto uditivo esterno. Una terapia aggiuntiva consiste nell'uso di agenti ceruminolitici e, a seconda dell'origine dell'otite, antibiotici locali (in soluzione acquosa) o per via sistemica, antimicotici o antiparassitari locali, agenti che modifichino il pH. Il bendaggio delle orecchie sulla parte

superiore della testa dell'animale consente una migliore ventilazione del condotto uditivo.

In caso di episodi acuti di otite esterna gravi o ripetuti, l'esame colturale con antibiogramma può evitare, identificando l'agente eziologico e quindi l'antibiotico che dovrebbe effettivamente eliminarlo, di dover ricorrere in futuro ad un intervento chirurgico sul condotto uditivo. L'otite esterna cronica dev'essere trattata più drasticamente. L'applicazione della "soluzione del nuotatore" (tre parti di alcool isopropilico e una parte di aceto bianco) è utile per la terapia a lungo termine; ha un'azione detergente-astringente e abbassa il pH del condotto uditivo.

Trattamento chirurgico (resezione laterale del condotto uditivo)

Indicazioni

Quando l'otite esterna non risponde più alla terapia medica, è indicato un intervento sul condotto uditivo. La resezione laterale del condotto uditivo trova anche indicazione in caso di recidiva frequente dell'otite esterna, per l'otite esterna cronica derivante da una terapia inadeguata o dall'assenza di terapia, per l'ispessimento del condotto uditivo esterno, che non interessi contemporaneamente la parte orizzontale del condotto, e per l'esteriorizzazione e l'asportazione di piccoli tumori o polipi.

Lo scopo della resezione laterale del condotto uditivo è quello di determinare modificazioni ambientali mediante il passaggio dell'aria, in modo che si riducano l'umidità, l'umidità e la temperatura. La resezione laterale del condotto uditivo consente anche il drenaggio di essudati o liquidi presenti nel condotto uditivo.

Tecnica chirurgica

L'animale viene posizionato in decubito laterale ed è coperto in modo da lasciare scoperti il padiglione e la regione del