

TRATTAMENTO CHIRURGICO

L'intervento chirurgico è spesso necessario per differenziare le varie possibili cause di patologia dell'orecchio medio. Il trattamento chirurgico dell'otite media secondaria a infezione è costituito da osteotomia della bolla, coltura dei tessuti affetti o degli essudati, drenaggio e antibiotici a lungo termine. Le lesioni neoplastiche benigne e infiammatorie possono in genere essere rimosse mediante osteotomia della bolla; nel gatto tuttavia la sindrome di Horner è una comune complicazione a breve termine dell'osteotomia della bolla (si veda a pag. 307). Le neoplasie delle bolle sono caratterizzate da prognosi sfavorevole.

NOTA: se sono presenti segni di natura neurologica prima dell'intervento chirurgico, il proprietario deve essere consapevole del fatto che questi possono persistere anche dopo la chirurgia.

Gestione preoperatoria

Possono essere somministrati antibiotici preoperatori; spesso, tuttavia, nei soggetti con patologia dell'orecchio medio si eseguono colture intraoperatorie e, in questo caso, si devono somministrare antibiotici per via endovenosa immediatamente dopo aver ottenuto la coltura.

Anestesia

Si veda a pag. 296 per le raccomandazioni anestesologiche nei pazienti con patologie auricolari. Nei soggetti dispnoici (per esempio, alcuni gatti con polipi rinofaringei) l'induzione non dovrebbe essere effettuata mediante la gabbia o la maschera. Inoltre, poiché il protossido d'azoto aumenta la pressione dell'orecchio medio, è consigliabile non utilizzarlo negli animali affetti da una patologia di questa parte dell'orecchio.

Anatomia chirurgica

L'orecchio medio è composto dalla cavità timpanica con i suoi contenuti e dalla tuba uditiva. Si veda a pag. 298 per la descrizione dell'anatomia chirurgica dell'orecchio.

Posizionamento

L'animale viene posto in decubito laterale per l'osteotomia laterale della bolla e in decubito dorsale per l'osteotomia ventrale.

TECNICHE CHIRURGICHE

L'orecchio medio viene raggiunto mediante osteotomia laterale della bolla (si veda a pag. 305) in associazione all'ablazione totale del canale auricolare (si veda a pag. 302) oppure mediante osteotomia ventrale della bolla (si veda a pag. 305).

MATERIALI DA SUTURA E STRUMENTI SPECIALI

Si veda a pag. 306 per la descrizione degli accessori chirurgici necessari per l'osteotomia della bolla.

TRATTAMENTO E VALUTAZIONE POSTOPERATORI

I gatti affetti da concomitante patologia delle vie aeree superiori (per esempio, polipi rinofaringei) possono presentare problemi respiratori al momento della rimozione del tubo trachea-

le e possono avere necessità di un supplemento di ossigeno. L'ossigeno può essere somministrato mediante maschera o insufflazione nasale.

PROGNOSI

I soggetti con otite media batterica possono mostrare segni clinici neurologici persistenti nonostante il trattamento chirurgico. In uno studio, molti gatti affetti da otite interna prima dell'intervento chirurgico presentavano inclinazione permanente della testa dopo l'intervento; nonostante tale disfunzione neurologica, questi soggetti avevano un normale livello di attività. La prognosi per i tumori benigni è buona, mentre la guarigione chirurgica dei tumori maligni è rara (a causa della loro estensione al momento della diagnosi). I polipi infiammatori possono riformarsi se vengono asportati semplicemente tramite trazione con accesso dall'orecchio esterno (si veda a pag. 322). La recidiva è invece meno frequente se alla trazione viene associata l'osteotomia della bolla.

Riferimenti bibliografici

- DeFalque VE, Rosenstein DS, Rosser EJ: Measurement of normal middle ear cavity volume in mesaticephalic dogs, *Vet Radiol Ultrasound* 46:490, 2005.
- Gregory SP: Middle ear disease associated with congenital palatine defects in seven dogs and one cat, *J Small Animal Pract* 41:398, 2000.
- Stern-Bertholtz W, Sjostrom L, Hakanson NW: Primary secretory otitis media in the Cavalier King Charles spaniel: a review of 61 cases, *J Small Anim Pract* 33:253, 2003.
- Ziemer LS, Schwax T, Sullivan M: Otolithiasis in three dogs, *Vet Radiol Ultrasound* 44:28, 2003.

Letture consigliate

- Bischoff MG, Kneller SK: Diagnostic imaging of the canine and feline ear, *Vet Clin Small Anim* 34:437, 2004.
- Questa rassegna descrive dettagliatamente le tecniche, compreso il posizionamento appropriato, per esaminare gli animali mediante radiografie, tomografia computerizzata o risonanza magnetica allo scopo di individuare le malattie dell'orecchio. Vengono presi in considerazione i riscontri effettuati nelle orecchie normali e in quelle colpite da malattie.
- Gotthelf RN: Diagnosis and treatment of otitis media in dogs and cats, *Vet Clin Small Anim* 34:469, 2004.
- Si tratta di una rassegna generale del trattamento dell'otite media. Vengono illustrate tecniche dettagliate per il lavaggio della bolla.

OTOEMATOMA E LESIONI TRAUMATICHE DEL PADIGLIONE AURICOLARE

DEFINIZIONE

Un otoematoma (o ematoma auricolare) è una raccolta di sangue all'interno della lamina cartilaginea del padiglione auricolare.

CONSIDERAZIONI GENERALI E FISIOPATOLOGICHE DI IMPORTANZA CLINICA

L'otoematoma può verificarsi sia nel cane sia nel gatto ed è in genere caratterizzato da una tumefazione fluttuante, ripiena di liquido, della superficie concava del padiglione auricolare. Può

essere coinvolta solo una porzione oppure l'intera superficie concava. La causa dell'otoematoma non è completamente chiara; si ritiene tuttavia che in molti casi sia responsabile lo scuotimento della testa e il grattamento dell'orecchio causati dal dolore e dall'irritazione che accompagnano l'otite esterna. Quest'ultima è di solito batterica nel cane, mentre nel gatto è dovuta all'infestazione da *Otodectes cynotis*. Lo scuotimento della testa può causare il movimento dell'onda sinusoidale dell'orecchio e determinare fratture della cartilagine. L'ematoma sembra originare da rami della grande arteria auricolare all'interno della cartilagine auricolare fratturata, piuttosto che tra la cute e la cartilagine, come era ipotizzato in passato. In alcuni animali con otoematoma non sono presenti segni di patologia auricolare concomitante; in alcuni pazienti la formazione dell'ematoma può essere associata a fragilità capillare (per esempio, in soggetti affetti da sindrome di Cushing).

Le lacerazioni dell'orecchio possono verificarsi come conseguenza di liti tra cani o altri traumi. Queste lesioni possono essere superficiali e coinvolgere la cute di una sola superficie dell'orecchio, oppure possono perforare la cartilagine e coinvolgere entrambe le superfici. A seconda della gravità delle lesioni, alcune possono essere lasciate guarire per seconda intenzione, mentre altre consentono migliori risultati estetici se suture. Raramente può essere avulsa una porzione dell'orecchio, causando una deformità esteticamente inaccettabile.

DIAGNOSI

Presentazione clinica

Segnalamento. Cani e gatti affetti da otite esterna presentano un maggiore rischio di sviluppare otoematoma.

Anamnesi. In alcuni casi è presente in anamnesi un violento scuotimento della testa e/o otite esterna acuta o cronica (si veda a pag. 308); in altri animali può essere assente un'anamnesi di precedente patologia auricolare.

Visita clinica

L'ematoma appare inizialmente a contenuto liquido, soffice e fluttuante, tuttavia negli stadi avanzati può divenire duro e ispessito come risultato della fibrosi. In questo caso l'orecchio può assumere un aspetto a cavolfiore.

Diagnostica per immagini

L'indagine radiografica del cranio può essere indicata se la causa predisponente di ematoma è stata un'otite esterna/media.

Valori di laboratorio

Non sono frequenti reperti di laboratorio specifici.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

L'otoematoma si diagnostica con l'esame clinico. La patologia auricolare sottostante deve comunque essere diagnosticata e trattata per ridurre la possibilità di recidiva.

TRATTAMENTO MEDICO

Deve essere trattata in maniera appropriata la patologia auricolare sottostante (si veda alle pagg. 297, 309 e 313). È stata tentata l'aspirazione dell'otoematoma (con o senza concomitante iniezione di corticosteroidi), tuttavia con questa tecnica la recidiva è frequente.

TRATTAMENTO CHIRURGICO

Sono state descritte diverse tecniche chirurgiche per il trattamento dell'otoematoma. Gli obiettivi della chirurgia sono la rimozione dell'ematoma, la prevenzione delle recidive e la preservazione del normale aspetto dell'orecchio (ovvero, evitare l'ispessimento e la formazione di cicatrici). La procedura più diffusamente utilizzata prevede l'incisione del tessuto sovrastante l'ematoma, l'evacuazione del sangue e della fibrina e la giustapposizione della cartilagine mediante sutura fino alla formazione di tessuto cicatriziale. In alternativa, si possono applicare drenaggi o cannule per garantire la fuoriuscita del sangue per alcune settimane, durante le quali avviene il processo di guarigione. Per prevenirne l'aumento di dimensioni e la fibrosi, l'ematoma dovrebbe essere trattato precocemente (ovvero, entro alcuni giorni). Per il trattamento degli otoematomi è stato descritto l'uso del laser al biossido di carbonio (Dye et al, 2002). Il laser viene impiegato per praticare un'incisione nell'ematoma e consentire l'evacuazione del sangue; poi, si eseguono molteplici piccole incisioni sulla superficie dell'ematoma per stimolare la formazione di aderenze. Non si applicano punti di sutura.

Le lacerazioni lineari che interessano una sola superficie cutanea possono essere lasciate guarire per seconda intenzione oppure essere suture. In presenza di tessuto necrotico, la lacerazione deve essere pulita e i margini cruentati. I margini cutanei possono essere suturati con punti staccati semplici. Nel caso in cui un lembo di tessuto si sia scollato dalla cartilagine, deve essere suturato. I punti di sutura devono comprendere la cute dei margini della ferita. In aggiunta, possono essere applicati alcuni punti trapassanti la cute e la cartilagine al centro del lembo per obliterare qualsiasi spazio morto in cui si possa raccogliere il sangue. Le lesioni a tutto spessore del margine del padiglione devono essere suture. La cute di entrambi i lati della lesione può essere suturata con punti staccati semplici, oppure si può giustapporre cartilagine e cute di un lato con una sutura a U verticale e la cute dell'altro lato con punti staccati semplici (Fig. 17-18).

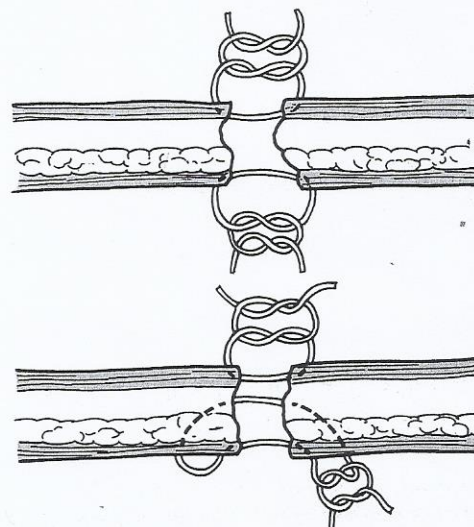


FIG. 17-18 Applicazione dei punti di sutura per la riparazione delle lacerazioni del padiglione auricolare.

Gestione preoperatoria

Deve essere contemporaneamente trattata l'eventuale otite esterna concomitante (si veda a pag. 307), effettuando gli appropriati esami colturali e pulendo e lavando il condotto uditivo.

Anestesia

Poiché i soggetti affetti da otoematoma sono in genere in buone condizioni di salute, possono esser utilizzati svariati protocolli anestesiolgici. Oltre alla terapia analgesica, può essere necessaria una sedazione a seguito del risveglio dall'anestesia (si veda a pag. 297). Fare riferimento a pag. 297 per l'anestesia dei soggetti con patologie auricolari.

Anatomia chirurgica

Il supporto strutturale del padiglione auricolare è fornito dalla cartilagine interposta tra le due superfici cutanee. I rami delle arterie e le vene auricolari maggiori irrorano il padiglione. Questi rami principali decorrono lungo la superficie convessa dell'orecchio, mentre i rami piccoli penetrano nella fossetta scafoidea dell'elice per irrorare la superficie concava. L'innervazione sensitiva dell'orecchio è fornita dal secondo nervo cervicale (superficie convessa) e dai rami auricolo-temporali del nervo trigemino (superficie concava).

Posizionamento

Per il trattamento dell'otoematoma e la riparazione delle lacerazioni, il soggetto viene generalmente posto in decubito laterale.

TECNICHE CHIRURGICHE

Otoematoma

Effettuare un'incisione a S sulla superficie concava del padiglione ed esporre l'ematoma e il suo contenuto da un'estremità all'altra (Fig. 17-19). Rimuovere il coagulo di fibrina e irrigare la cavità. Applicare dei punti di sutura della lunghezza di 0,75-1 cm trapassanti la cute della superficie concava del padiglione e la cartilagine sottostante. Applicare i punti parallelamente ai vasi maggiori (verticali). I punti possono trapassare la cartilagine senza incorporare la cute della superficie convessa oppure possono essere a tutto spessore. Devono essere applicati in numero sufficiente a evitare che si formino tasche in cui si possa accumulare il sangue. Non allacciare i rami dell'arteria auricolare maggiore visibili sulla superficie convessa del padiglione. Non chiudere completamente con la sutura l'incisione praticata, ma lasciare uno spazio tra i due margini per consentire il drenaggio dei fluidi. Applicare un bendaggio di protezione leggero e fornire un supporto al padiglione sopra la testa (si veda a pag. 317, il sottoparagrafo "Trattamento e valutazione postoperatori"). Rimuovere il bendaggio e i punti di sutura dopo 10-14 giorni.

Se la fibrina presente è scarsa, la procedura appena descritta può essere sostituita dall'applicazione di una cannula tiralatte o di un tubo di drenaggio (Fig. 17-20, A).

Rimuovere metà del collare della cannula per consentirne l'adesione al padiglione (Fig. 17-20, B). Aspirare il contenuto dell'ematoma utilizzando un grosso ago (14 o 16 G) inserito nell'ematoma nel suo margine più distale. Inserire la cannula attraverso il foro praticato dall'ago e suturarla al padiglione.

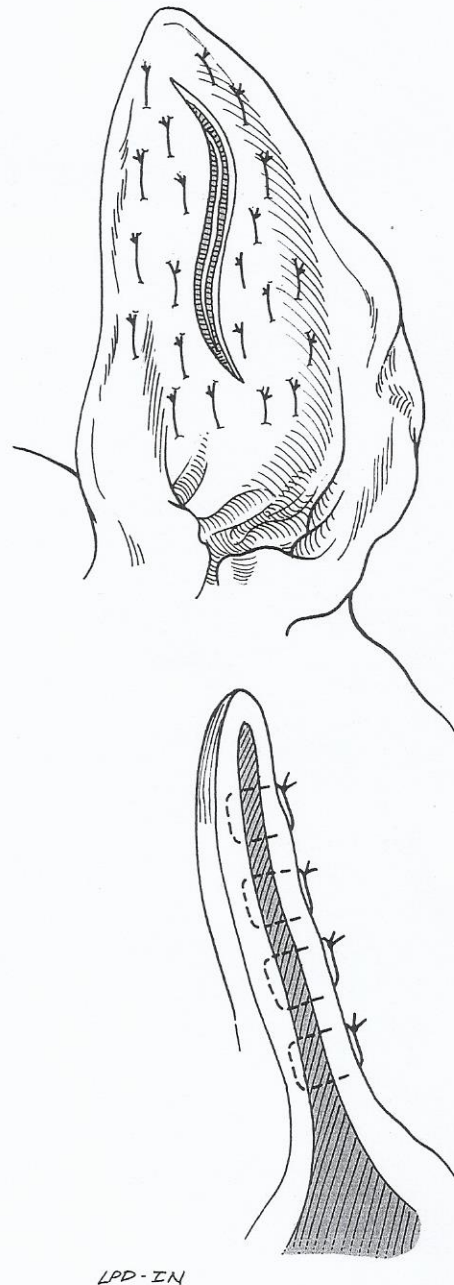


FIG. 17-19 Per la riparazione dell'otoematoma, i punti devono essere applicati in senso verticale. Possono trapassare la cartilagine senza incorporare la cute della superficie convessa del padiglione oppure essere a tutto spessore.

(La cannula viene posta nella parte più distale dell'ematoma, anche nei soggetti con padiglioni eretti, per evitare l'ingresso del drenaggio nella conca.) Non bendare o fornire un supporto al padiglione sulla testa.

Al posto della cannula tiralatte, può essere applicato un drenaggio fenestrato in lattice di circa 6 mm di diametro (Fig. 17-20, C).

Eseguire una breve incisione al limite prossimale e distale dell'ematoma. Svotare l'ematoma dai fluidi e dalla fibrina e introdurre il drenaggio nella cavità dell'ematoma con una pinza emostatica o a coccodrillo. Suturare le estremità del drenag-

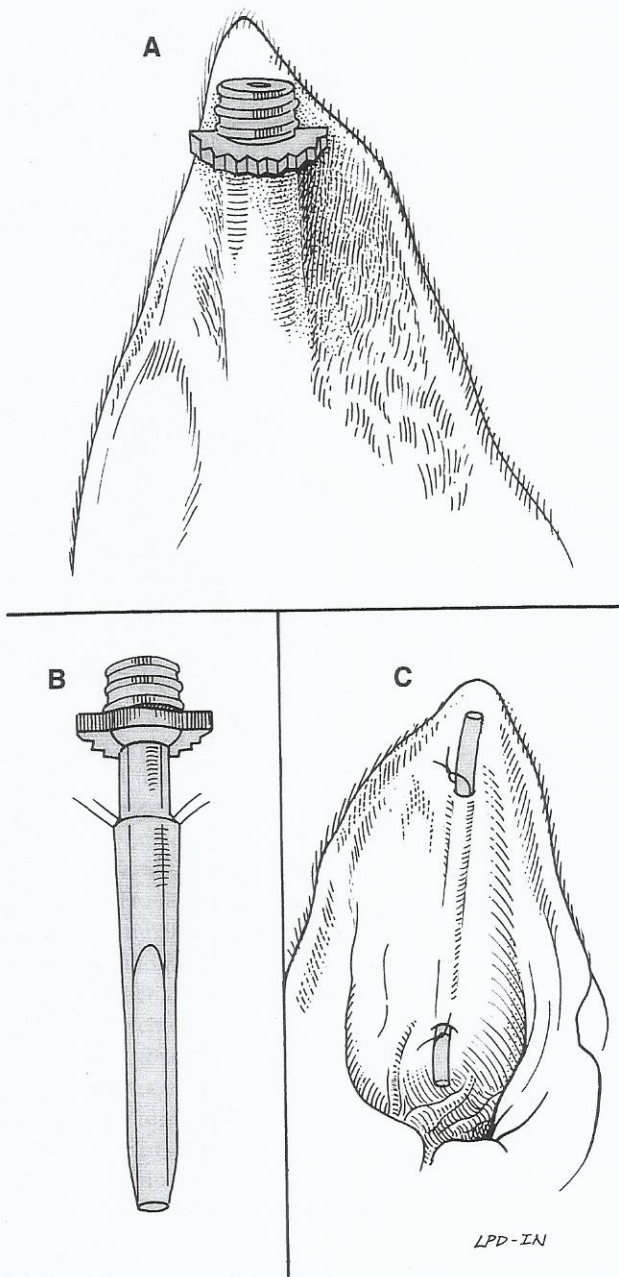


FIG. 17-20 A, se vi è uno scarso quantitativo di fibrina, per il trattamento dell'otoematoma può essere utilizzata una cannula tiralatte. B, rimuovere una metà del collare della cannula per fare aderire adeguatamente il tubo al padiglione. C, in alternativa, può essere utilizzato un drenaggio fenestrato in lattice del diametro di 6 mm circa.

gio alla cute nel loro punto di fuoriuscita dalla cavità. Bendare in modo leggero il padiglione (si veda a pag. 317, il sottoparagrafo "Trattamento e valutazione postoperatori").

Avulsione del margine del padiglione auricolare

Avulsioni di piccole dimensioni del margine auricolare possono essere trattate asportando il tessuto circostante per ripristinare un profilo auricolare normale. I margini cutanei vengono suturati al di sopra della cartilagine con una sutura continua. Difetti più ampi possono essere riparati utilizzando un lembo peduncolo-

lato ottenuto dalla superficie laterale del collo nei cani con orecchie pendule e dal dorso della testa nei cani con orecchie erette.

NOTA: le lesioni del margine auricolare possono essere riparate per motivi estetici. In seguito all'asportazione di un tumore la riparazione deve essere ritardata finché non sia nota la possibilità di recidiva.

Preparare con tecnica asettica il padiglione e il sito donatore. Cruentare i margini della lesione auricolare. Giustapporre il padiglione al sito donatore e incidere la cute prolungando le branche dell'incisione di circa 0,5-1 cm oltre i margini del difetto (Fig. 17-21, A). Suturare il lembo alla cute della superficie convessa del padiglione auricolare (Fig. 17-21, B). Applicare un bendaggio non aderente sulla ferita e mantenerlo per 10-14 giorni. Poi, incidere il lembo sul sito donatore con la stessa forma della lesione sul lato concavo del padiglione (Fig. 17-21, C). Ripiegare delicatamente il lembo sul margine auricolare e suturarlo alla cute (Fig. 17-21, D). Rimuovere i punti cutanei dopo 10-14 giorni.

MATERIALI DA SUTURA E STRUMENTI SPECIALI

Per la sutura dell'orecchio dovrebbe essere utilizzato materiale da sutura monofilamento, non riassorbibile (per esempio, polipropilene o nylon) o riassorbibile (per esempio, polidiossanone, poliglicaprone 25 o poligliconato) (EP 1,5 o 2/USP 3-0 o 4-0). Tra gli altri materiali che possono essere utili in caso di otoematoma vi sono le cannule tiralatte di plastica del dott. Larson o i tubi graduati in silicone.

TRATTAMENTO E VALUTAZIONE POSTOPERATORI

Dopo il trattamento dell'otoematoma, si può applicare un bendaggio per proteggere l'orecchio da contaminazioni e da autotraumatismo. Fissare un bendaggio della testa può essere complesso; un buon metodo per farlo è l'applicazione di corte strisce di cerotto sul margine caudale e rostrale della superficie convessa del padiglione auricolare (Fig. 17-22, A). Il cerotto deve prolungarsi oltre il margine auricolare. Sulla parte concava del padiglione vengono invece applicate strisce più lunghe di cerotto, in modo che queste ultime vengano in contatto con le altre sulla parte convessa (Fig. 17-22, B). A questo punto il padiglione viene appoggiato sopra la testa (si può frapporre del cotone per sostenere il padiglione) e si applica un bendaggio non aderente sulla ferita chirurgica (Fig. 17-22, C). Le strisce più lunghe di cerotto vengono applicate alla cute. Sull'orecchio vengono apposte della cotoneina e una benda elastica, senza incorporare il padiglione sano nel bendaggio (Fig. 17-22, D). Come strato esterno può essere utilizzata una fascia elastica come il Vetrap o una calza (praticando un foro per l'altro padiglione auricolare). Il bendaggio può poi essere fissato alla testa cranialmente o caudalmente con un cerotto di altezza pari a 2,5 cm applicato sia al bendaggio sia al pelo.

NOTA: controllare frequentemente il bendaggio della testa per accertarsi che non sia troppo stretto e che non impedisca la respirazione.

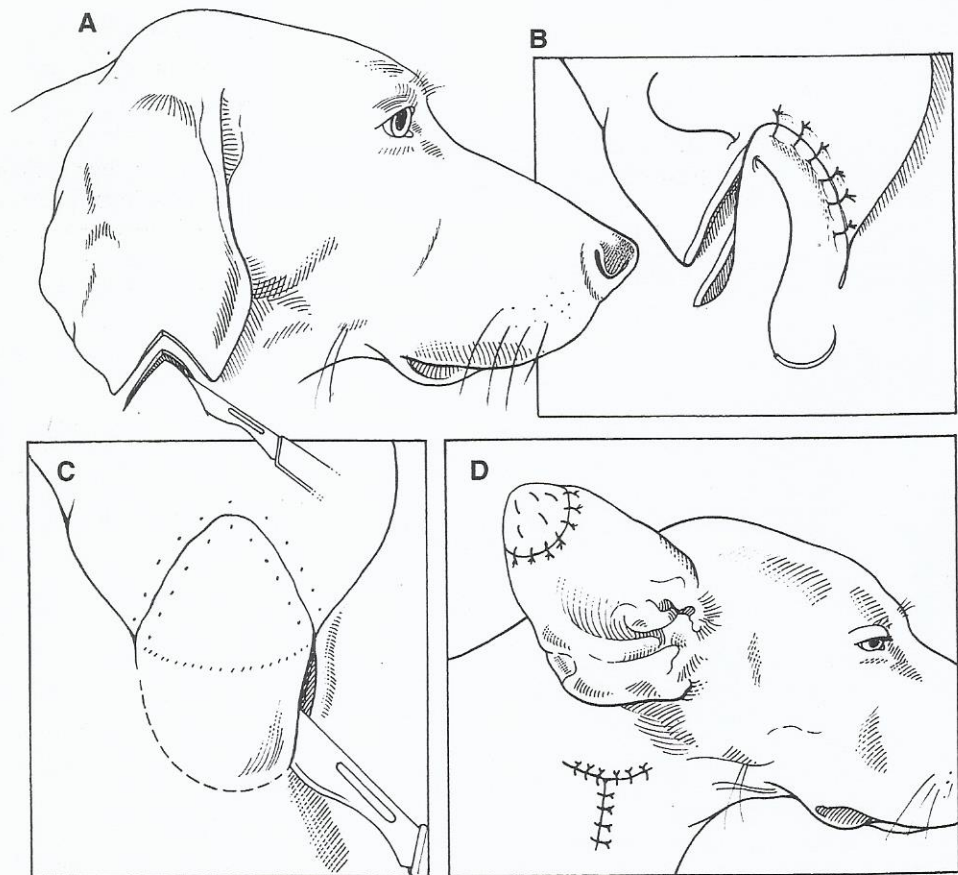


FIG. 17-21 Riparazione dei difetti del padiglione auricolare. **A**, apporre il padiglione al sito donatore e incidere la cute estendendo le branche di 0,5-1 cm oltre il difetto. **B**, suturare il lembo alla cute della superficie convessa del padiglione. **C**, dopo 10-14 giorni, incidere il lembo sul sito donatore con la stessa forma della lesione sul lato concavo del padiglione. **D**, ripiegare delicatamente il lembo sul margine auricolare e suturarlo alla cute.

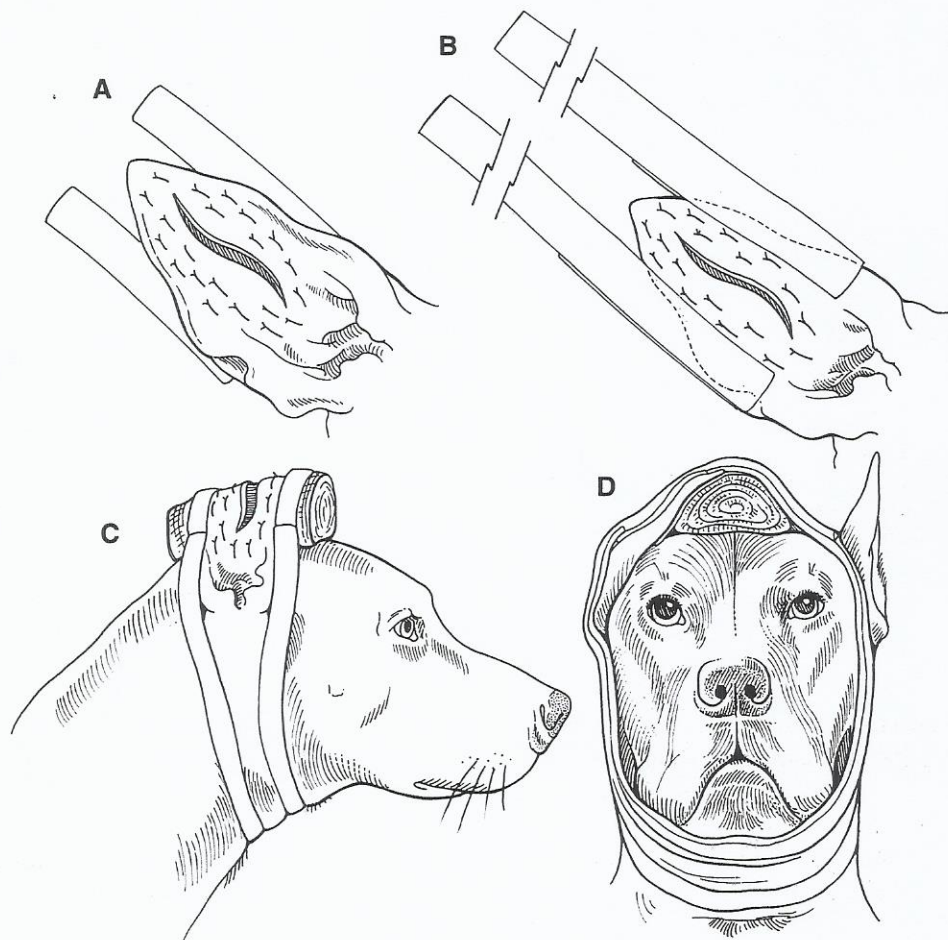


FIG. 17-22 Bendaggio del padiglione auricolare dopo un intervento chirurgico. **A**, applicare due corte strisce di cerotto sul margine caudale e rostrale della superficie convessa del padiglione auricolare. **B**, sulla parte concava del padiglione, utilizzare strisce di cerotto più lunghe, in modo che vengano in contatto con quelle poste sulla parte convessa. **C**, appoggiare il padiglione sulla sommità della testa e applicare un bendaggio non aderente sulla ferita chirurgica. **D**, applicare sull'orecchio della cottonina e una benda elastica, e utilizzare il Vetrap o una calza come strato esterno.

PROGNOSI

L'otomatomato, anche trattato in maniera appropriata, può recidivare se non viene curata la patologia auricolare sottostante.

Riferimenti bibliografici

Dye TL, Teaque HD, Ostwald DA et al: Evaluation of a technique using the carbon dioxide laser for the treatment of aural hematomas, *J Am Anim Hosp Assoc* 38:385, 2002.

NEOPLASIE DEL PADIGLIONE AURICOLARE E DEL CONDOTTO Uditivo ESTERNO**DEFINIZIONE**

Il padiglione auricolare è la porzione di orecchio che dalla testa si proietta verso l'esterno.

CONSIDERAZIONI GENERALI E FISIOPATOLOGICHE DI IMPORTANZA CLINICA

Le neoplasie del condotto uditivo esterno sono piuttosto rare nel cane e nel gatto e possono originare da qualsiasi struttura che delimita o componga il condotto uditivo. I tumori dell'orecchio del cane e del gatto possono essere istologicamente benigni o maligni. I tumori più comuni del condotto uditivo esterno sono quelli che originano dalle ghiandole ceruminose (adenoma o adenocarcinoma delle ghiandole ceruminose). Si possono riscontrare anche carcinoma squamocellulare, basalioma e mastocitoma. Fra le condizioni benigne dell'orecchio rientrano i polipi infiammatori (si veda a pag. 321), i tumori delle cellule basali, i papillomi, gli istiocitomi e gli adenomi delle ghiandole ceruminose. I tumori dell'orecchio tendono a essere più aggressivi nel gatto che nel cane. In quest'ultimo, la maggior parte dei tumori delle ghiandole ceruminose è di natura benigna, mentre nel gatto le stesse neoplasie sono solitamente maligne.

Sebbene i tumori del condotto uditivo esterno siano più comuni rispetto a quelli che originano dalle cavità medie o interne dell'orecchio, i segni clinici di patologia auricolare media o interna possono predominare se il tumore si estende oltre la membrana timpanica (si veda a pag. 312). I tumori dell'orecchio esterno sono spesso associati a concomitanti infezioni batteriche e fungine. Si è ipotizzato che l'otite cronica sia causa di iperplasia, che a sua volta può indurre trasformazioni displastiche e neoplastiche. Anche la sola presenza del tumore nel condotto uditivo determina un'ostruzione al drenaggio, causando otite esterna.

Qualsiasi tumore cutaneo può colpire il padiglione auricolare, tuttavia nel gatto la neoplasia più comune del padiglione auricolare è il carcinoma squamocellulare. Questo tumore viene più frequentemente diagnosticato nei gatti anziani, soprattutto se bianchi. L'associazione tra mancanza di pigmentazione protettiva e incidenza di questo tumore suggerisce che l'irradiazione solare possa essere un fattore causale. Sebbene siano tumori altamente invasivi, sono raramente metastatici. In caso di metastatizzazione, questa avviene in genere ai linfonodi regionali e ai polmoni. Il tumore può inoltre colpire le narici e le palpebre. Altri tumori che possono colpire il padiglione auricolare del cane e del gatto sono melanoma, fibrosarcoma, basalioma, fibroma, linfoma, istiocitoma, papilloma e mastocitoma.

DIAGNOSI**Presentazione clinica**

Segnalamento. Gran parte delle lesioni neoplastiche dell'orecchio esterno viene diagnosticata negli animali di età media o anziani. I gatti maschi anziani hanno un maggiore rischio di sviluppare tumori delle ghiandole ceruminose del condotto uditivo. Il carcinoma squamocellulare si osserva quasi esclusivamente nei gatti anziani con orecchie bianche o gatti multicolore con scarsa pigmentazione del padiglione.

Anamnesi. L'anamnesi di un paziente con un tumore del condotto uditivo esterno differisce poco da quella di un soggetto con otite esterna batterica primaria (si veda a pag. 308). L'anamnesi dei gatti con carcinoma squamocellulare è spesso insidiosa e inizia con l'osservazione intermittente da parte del proprietario di lesioni eczematose crostose del margine del padiglione.

Visita clinica

Piccole masse peduncolate del condotto uditivo esterno sono in genere riconducibili a iperplasia o adenomi delle ghiandole ceruminose, papillomi o polipi infiammatori. Masse infiltranti suggeriscono invece la presenza di un adenocarcinoma delle ghiandole ceruminose (Fig. 17-23). Il carcinoma squamocellulare in genere origina dalla punta del padiglione, ricoperta da scarso pelo e può inizialmente manifestarsi esclusivamente con iperemia della cute. Con il progredire della lesione, divengono evidenti erosioni, ulcere, croste e ispessimento (Fig. 17-24). L'orecchio può sanguinare in seguito a un lieve trauma.

Diagnostica per immagini

Nei soggetti con neoplasie del condotto uditivo esterno, nelle radiografie del cranio si possono osservare segni di neoplasia (per esempio, lisi dell'osso temporale petroso). Le immagini in sezione trasversale sono le più sensibili per individuare e valutare l'estensione delle lesioni (Fig. 17-25). Sebbene siano in genere piuttosto tardive, in alcuni casi di neoplasia auricolare si possono osservare metastasi polmonari; è quindi consigliabile eseguire l'esame radiografico del torace.

Valori di laboratorio

La diagnosi di neoplasia auricolare richiede la biopsia della lesione.

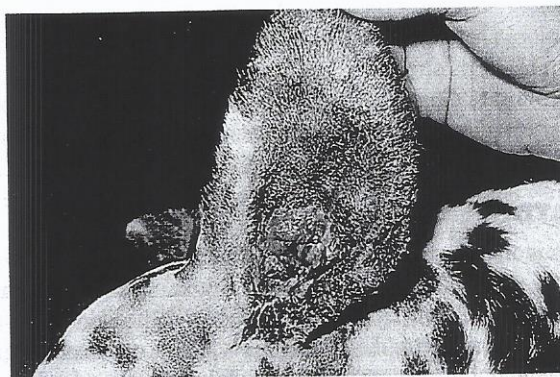


FIG. 17-23 Adenocarcinoma delle ghiandole ceruminose del padiglione auricolare di un cane di 6 anni portato alla visita per otite esterna cronica.