



[Home](#) [Autori](#) **e-book** [Board Editoriale](#) [News](#) [Contatti](#)

Area utente

Cerca

[home](#) / [e-book](#) / [Chirurgia Plastica e Ricostruttiva](#) /
[Chirurgia plastica speciale](#) /
 Principali anomalie congenite ed acquisite dell'estremo cefalico /
 Ricostruzione parziale del padiglione auricolare

Accesso effettuato:
Fabrizio Schonauer

Gestione contenuti

Disconnetti

Ricostruzione parziale del padiglione auricolare



Autore Fabrizio Schonauer

Ricercatore

Università degli Studi di Napoli

Azienda Universitaria, Policlinico Federico II

Hanno collaborato alla stesura del capitolo: **Emmanuele Di Sergio, Marco Pagnoni**



Introduzione

L'orecchio è un organo sensoriale straordinariamente sensibile che riceve e trasduce i suoni di frequenza compresa tra 16 e 20.000 Hz in impulsi nervosi in seguito interpretati nei centri uditivi della corteccia cerebrale; è costituito da strutture anatomiche in gran parte contenute nello spessore dell'osso temporale del cranio. La funzione di queste strutture è essenzialmente quella di assicurare la percezione di due tipi di stimoli, quelli sonori e quelli statocinetici (o gravitari e di accelerazione). Per questo motivo nell'orecchio sono accolti due tipi diversi di recettori: i recettori acustici per la sensibilità uditiva e i recettori statocinetici per la sensibilità gravitazionale e di accelerazione.

L'apparato uditivo viene topograficamente suddiviso in tre parti che si susseguono



in senso lateromediale: orecchio esterno, orecchio medio, orecchio interno ([Vedi Figura](#)).

L'orecchio esterno riceve le onde sonore; l'orecchio medio tramite la catena dei tre piccoli ossicini dell'udito trasforma le onde sonore in vibrazioni meccaniche; nell'orecchio interno le vibrazioni di tipo meccanico sono trasmesse al fluido in esso contenuto. Il movimento del fluido provoca le vibrazioni di una membrana sottile, tali vibrazioni sono rilevate da cellule epiteliali specializzate a stimolare le terminazioni assoniche delle fibre del nervo acustico. Oltre agli organi deputati alla percezione e all'analisi del suono, l'orecchio interno contiene anche gli organi vestibolari, in grado di percepire le accelerazioni lineari e rotatorie della testa e di generare impulsi nervosi necessari a mantenere l'equilibrio del corpo.

Dunque, l'orecchio esterno e l'orecchio medio sono di esclusiva pertinenza della sensibilità uditiva; nell'orecchio interno, invece, si distingue una componente acustica (recettori acustici del condotto cocleare) e una componente statocinetica (recettori statocinetici degli organi vestibolari e canali semicircolari membranosi). La sensibilità uditiva è raccolta dal nervo cocleare, la sensibilità statocinetica è raccolta dal nervo vestibolare. Questi due nervi si portano in cavità cranica attraversando il fondo del meato acustico interno, dirigendosi ai centri assiali del ponte e del bulbo.



[torna su](#)

Cenni storici

Il senso del padiglione auricolare è stato da sempre ricondotto a fattori di tipo estetico, sulla base dei quali risulta evidente che padiglioni auricolari omogenei e proporzionati alle strutture craniche dell'individuo ne rendono sicuramente più piacevole l'aspetto, con conseguenti condizionamenti positivi della sua psicologia e migliore integrazione nella società. Per questo motivo la ricostruzione di deficit parziali del padiglione auricolare ha rappresentato da sempre una sfida avvincente. Nel corso degli anni numerosi Autori si sono cimentati in questa sfida. Ciò ha fatto sì che venissero descritte numerose tecniche chirurgiche, la cui applicazione permette di ottenere risultati estetici soddisfacenti.

[torna su](#)

Anatomia dell'orecchio esterno

L'orecchio esterno comprende il padiglione auricolare e il condotto uditivo esterno.

Padiglione auricolare

Il padiglione auricolare è costituito da uno scheletro fibrocartilagineo rivestito da cute; è situato nella parte laterale del capo, anteriormente alla regione mastoidea

ed è in rapporto con la regione temporale, con l'articolazione temporomandibolare e con la regione parotidea.

Ha forma approssimativamente ovale con il maggior asse, verticale, leggermente obliquo in basso e in avanti.

Le dimensioni del padiglione auricolare variano in base a razza, sesso ed età. Esistono diversi studi che hanno permesso di calcolare le dimensioni medie, espresse in mm, di lunghezza e larghezza del padiglione auricolare. Tali studi sono stati condotti su popolazioni suddivise in gruppi per età ed altezza. La tecnica impiegata per la misurazione delle dimensioni del padiglione auricolare si basa sulla valutazione di quattro punti, due per la lunghezza (sopra-auricolare e sotto-auricolare), due punti per la larghezza (pre-auricolare e retro-auricolare) e sulla misurazione della distanza tra i punti sopraccitati. Inoltre si è reso possibile valutare la variabilità di sviluppo in termini di dimensioni della parte cartilaginea e della parte caratterizzata da tessuti molli.

Si è dimostrato che l'aumento delle dimensioni in lunghezza e larghezza del padiglione auricolare, sia nella componente cartilaginea sia nella componente dei tessuti molli è direttamente correlato all'incremento dell'età anagrafica [2] [3].

Anatomia topografica del padiglione auricolare

Nel padiglione auricolare si considerano due facce, una laterale e una mediale.

La faccia laterale presenta caratteristici rilievi e numerose depressioni; la maggiore di queste è la conca ed è posta circa al centro del padiglione stesso e continua direttamente nel condotto uditivo esterno. L'elice è invece il più periferico dei rilievi del padiglione e con la sua radice suddivide la conca in due parti, una parte superiore o cymba conchae e una inferiore o cavità della conca; in avanti, in alto e indietro l'elice costituisce il contorno della metà superiore del padiglione e si prolunga in basso, con la sua coda, fino a raggiungere il lobulo (o lobo) ([Vedi Figura](#)).

Nella sua parte posterosuperiore l'elice può presentare, nel suo bordo libero, un rilievo che può essere anche accentuato e che prende il nome di tubercolo del Darwin.

L'antielice è un secondo rilievo situato tra la conca e l'elice da cui è separato mediante il solco dell'elice (o scapha). L'antielice nasce in alto dall'unione di due branche che delimitano la fossa triangolare. Al davanti della conca e al di sotto della radice dell'elice vi è il trago, una sporgenza di forma triangolare che nasconde parzialmente l'imbocco del condotto uditivo esterno. L'antitrago è il rilievo che delimita la parte posteriore della conca, è situato posteriormente al trago e da esso è separato per mezzo dell'incisura intertragica. Il lobulo (o lobo) dell'orecchio è una plica cutanea, priva di scheletro cartilagineo, che si trova nella parte inferiore del padiglione auricolare, al di sotto del trago, dell'antitrago e della coda dell'elice.

La faccia mediale del padiglione auricolare è libera nella sua parte posteriore, mentre anteriormente aderisce alla superficie laterale della testa. Esiste un solco auricolocefalico che divide la superficie laterale della testa dalla parte libera del padiglione, la quale, a sua volta, presenta rilievi e depressioni cui corrispondono, in senso opposto, le irregolarità di superficie già descritte per la faccia laterale.

Vascularizzazione del padiglione auricolare

Le arterie che irrorano il padiglione auricolare provengono dall'arteria auricolare posteriore e dall'arteria temporale superficiale (rami dell'arteria carotide esterna)

(Vedi Figura). L'arteria auricolare posteriore irrorla la faccia laterale del padiglione auricolare, attraverso piccoli vasi perforanti che perforano la cartilagine a livello della fossa triangolare, della cymba conchae, della radice dell'elice e della conca.

L'arteria temporale superficiale garantisce il suo apporto ematico attraverso tre branche. Una branca garantisce l'irrorazione del lobulo (branca inferiore), una garantisce l'irrorazione del trago (branca media), la terza garantisce l'irrorazione dell'elice ascendente (branca superiore). Il sistema venoso del padiglione auricolare è costituito nella faccia laterale dalla vena temporale superficiale e nella faccia mediale dalle vene auricolari posteriori, tutte affluenti della vena giugulare esterna.

Il sistema linfatico del padiglione auricolare è organizzato in una ricca rete che fa capo a tre gruppi linfonodali: i vasi linfatici della regione anterosuperiore della faccia laterale sono tributari dei linfonodi pretragici e dei linfonodi parotidei sottofasciali; i vasi linfatici della regione inferiore della faccia laterale sono tributari dei linfonodi parotidei inferiori; i vasi linfatici della regione posteriore della faccia laterale e di tutta la faccia mediale sono tributari dei linfonodi mastoidei e dei linfonodi parotidei inferiori.

Innervazione del padiglione auricolare

A livello del padiglione auricolare è presente sia l'innervazione di tipo sensitivo, sia l'innervazione di tipo motorio. I nervi motori sono rami del nervo faciale e sono destinati ai muscoli estrinseci ed intrinseci del padiglione. L'innervazione sensitiva è assicurata principalmente dal nervo trigemino e dal plesso cervicale. Il nervo trigemino, mediante il nervo auricolotemporale (mandibolare), provvede all'innervazione del trago e della parte ascendente dell'elice. Il plesso cervicale, mediante il nervo grande auricolare, innerva tutta la faccia mediale e la maggior parte della faccia laterale del padiglione. La cute della conca riceve fibre nervose sensitive che provengono per lo più dal ramo auricolare del nervo vago.

Condotta uditivo esterno

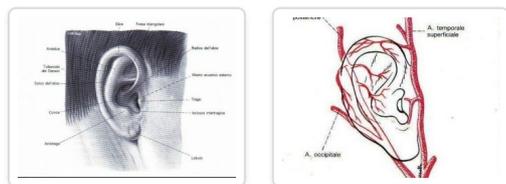
Il condotto uditivo esterno è fornito di uno scheletro fibrocartilagineo nel suo terzo laterale e di uno scheletro osseo nei suoi due terzi mediali, che si estende dalla conca del padiglione auricolare fino all'orecchio medio, terminando a livello della membrana del timpano.

Sul piano orizzontale presenta un decorso a "S" italice, essendo il suo segmento esterno obliquo in avanti, il segmento medio in dietro e il segmento interno ancora in avanti; sul piano frontale esso è diretto medialmente e un poco in basso, descrivendo nel suo insieme una lieve curva a convessità superiore. L'asse complessivo del condotto è comunque orientato dal dietro in avanti e forma con il piano sagittale un angolo di circa 80° aperto indietro.

La lunghezza del condotto è di circa 2,5 mm; a causa della disposizione della membrana del timpano, che è obliqua in basso e medialmente, la parete inferiore del condotto è circa 5 mm più lunga di quella superiore. Il meato, la cui sezione trasversale è ellittica, ha un diametro medio che, nei suoi vari tratti, varia da un massimo di 7.8 mm al suo inizio, ad un minimo di 6.3 mm alla sua terminazione; nel punto di passaggio fra parte cartilaginea e parte ossea, il condotto presenta un restringimento denominato istmo.

Il condotto uditivo esterno è in rapporto: anteriormente con l'articolazione temporomandibolare; posteriormente con le cellule mastoidee, dalle quali è

separato per l'interposizione di uno strato osseo di spessore variabile; superiormente con la fossa cranica media, dalla quale è separato dalla parte squamosa dell'osso temporale; inferiormente con la ghiandola parotide.



[torna su](#)

Clinica

Neoplasie maligne e precancerosi

Più del 5% dei tumori maligni della cute interessano il padiglione auricolare. La maggior parte sono neoplasie epiteliali: il carcinoma a cellule basali o epitelioma basocellulare e il carcinoma a cellule squamose o epitelioma spinocellulare. In percentuale più bassa si rileva il melanoma maligno. Tra le precancerosi più frequentemente vengono rilevate la malattia di Bowen e la cheratosi attinica.

Carcinoma a cellule basali

Il carcinoma a cellule basali è una neoplasia epiteliale maligna, composta da cellule simili a quelle dello strato basale dell'epidermide e delle strutture epiteliali degli annessi, strettamente connessa ad uno stroma dermico. Raramente metastatizza. Eziologicamente il carcinoma a cellule basali rappresenta la neoplasia cutanea più frequente e diffusa nei soggetti di razza bianca. Colpisce con lieve prevalenza il sesso maschile, avendo la massima incidenza nell'età senile tra la sesta e l'ottava decade. Oltre a molti fattori predisponenti (razza bianca, sesso maschile, età senile, familiarità, foto esposizione cronica, traumi locali), il carcinoma a cellule basali può insorgere in pazienti sottoposti a terapia immunosoppressiva, può insorgere su ulcere distrofiche croniche, su amartomi o anche su cicatrici di vecchia data. Il carcinoma a cellule basali è più frequentemente localizzato all'elice, all'antielice ed alla conca. Le possibili forme cliniche sono: nodulare, superficiale, ulcerativa e piano-cicatrizziale.

Il carcinoma a cellule basali nodulare inizia di solito come un nodulo rilevato, di colorito rosso-brunastro o francamente eritematoso, traslucido, con sottili teleangectasie ed un non sempre evidente orletto perlaceo, costituito da una serie irregolare di piccoli nodulini biancastri delle dimensioni di una punta di spillo che si sviluppano ai margini della lesione principale. Questa forma può presentarsi anche come pigmentata. Il decorso clinico è lento e progressivo con irregolare accrescimento sia superficiale sia verso i piani sottostanti ([Vedi Figura](#))

Più tipica e rapida è l'infiltrazione in profondità per la forma ulcerativa. Si manifesta come un'ulcerazione a margini netti e fondo facilmente sanguinante che tende a diffondersi irregolarmente e con caratteri destruenti più verso la profondità che verso il piano cutaneo.

Il carcinoma a cellule basali superficiale si presenta come una chiazza eritematosa, lievemente rilevata, a margini netti ma frastagliati, con un aspetto a grani di rosario

per la presenza di noduli biancastri e traslucidi, che appaiono in questa forma di solito erosi e ricoperti da una crosta brunastra. Il decorso è particolarmente lento con una proliferazione soprattutto superficiale.

La forma piano-cicatrizziale si manifesta come una placca infiltrata, piuttosto dura, biancastra, con margini irregolari e sfumati, attraversata da sottili teleangectasie e con aree eritemato-crostose o rilevate o ulcerate distribuite alla periferia della lesione. Anche questa forma ha un decorso molto lento ed uno sviluppo prevalentemente superficiale. Istologicamente il carcinoma a cellule basali è caratterizzato da polimorfismo. La lesione prende origine da cellule epiteliali indifferenziate e pluripotenti che possono differenziarsi di volta in volta in cellule basali o cheratinizzanti, strutture sebacee, ghiandole apocrine e pilari. Si distinguono così tipi cheratosici (strutture pilari), tipi solido-infiltranti (epidermide e derma sottostante), tipi adenoidei (strutture ghiandolari), tipi sebacei (strutture sebacee), tipi cistici e tipi anaplastici (notevolmente indifferenziati). Nelle forme pigmentate sono presenti melanociti e melanofagi.

La forma clinica nodulare va posta in diagnosi differenziale soprattutto con il carcinoma a cellule squamose, mentre la forma clinica pigmentata va differenziata soprattutto dal melanoma maligno e dalla cheratosi seborroica.

Il trattamento è la terapia chirurgica che consente un completo controllo istologico della lesione e della radicalità del trattamento. Molteplici studi concordano che l'escissione del carcinoma a cellule basali vada accompagnata in monoblocco con almeno 3/5 mm di margine cutaneo perilesionale apparentemente libero da lesione. La lesione va sempre inviata all'esame istologico. È poi necessario eseguire un monitoraggio a distanza per la diagnosi precoce di recidive locali o di lesioni analoghe nella stessa area o in aree adiacenti.

Carcinoma a cellule squamose

Il carcinoma a cellule squamose è una neoplasia epiteliale maligna che può insorgere su qualsiasi epitelio; è costituita da cellule che tendono alla cheratinizzazione. È in grado di metastatizzare.

Eziologicamente il carcinoma a cellule squamose è, dopo il carcinoma a cellule basali, la neoplasia epiteliale maligna più frequente. Colpisce con notevole prevalenza il sesso maschile in età adulta con alta incidenza tra quinta e settima decade di vita. Esistono alcuni fattori predisponenti: ambientali (sole, radiazioni ionizzanti, UV artificiali), individuali (età, sesso, fototipo, uso di tabacco, terapie immunosoppressive) e cutanei (ulcere croniche, radiodermi croniche, cicatrici, LES).

La lesione è più frequentemente localizzata nelle aree di maggiore fotoesposizione (margine dell'elice, scapha, antielice), può essere preceduta dalla cheratosi attinica che è la più comune precancerosi. Ne esistono varie forme cliniche: nodulare, infiltrante, ulcerativo, vegetante.

Nella forma nodulare il carcinoma si manifesta come nodulo rossastro, sovente pruriginoso che va rapidamente incontro ad erosione e sanguinamento, con formazione di croste molto aderenti. Il nodulo, circondato da un alone eritematoso, tende rapidamente ad accrescersi in maniera irregolare, assumendo una consistenza dura ed una caratteristica fissità sul piano sottocutaneo ([Vedi Figura](#)). L'erosione diviene progressivamente più evidente e profonda, ricoperta da croste ematiche e siero-purulente. La lesione è spesso dolente.

La forma infiltrante esordisce come una piccola placca lievemente rilevata, a margini sfumati, colorito normale o iperemico, superficie liscia, spesso incavata, di

consistenza dura, strettamente aderente ai piani circostanti. L'evoluzione è verso l'ulcerazione (*Vedi Figura*); l'infiltrazione progredisce in superficie ma soprattutto in profondità. La forma ulcerativa si manifesta tipicamente su pregresse cicatrici come un'erosione che non ha tendenza alla guarigione ma piuttosto all'espansione e all'approfondimento. La forma vegetante ha uno sviluppo esofitico ma aderisce ai piani circostanti ed in profondità. La superficie può essere erosa e sanguinante. Istologicamente il carcinoma a cellule squamose è costituito dalla proliferazione di cellule epiteliali neoplastiche, che, dall'epidermide si portano in profondità, con aspetti citologici ed architetturici variabili in base al loro grado di differenziazione. Esistono tre tipi istologici: ben differenziato, moderatamente differenziato, scarsamente differenziato. L'istotipo ben differenziato è costituito da cordoni di cellule, che, per quanto irregolari come forma e dimensioni, mantengono la capacità di cheratinizzare che si esprime nella formazione di ammassi lamellari e rotondeggianti di cheratina (perle cornee). Lo stroma non subisce modificazioni di rilievo. L'istotipo moderatamente differenziato si discosta dal precedente per una maggiore anaplasia, per la non completa maturazione delle cellule e per la loro mancata cheratinizzazione. L'istotipo scarsamente differenziato è espressione del totale stato di anaplasia cellulare con modesta tendenza alla maturazione ed alla cheratinizzazione. Sono presenti numerose cellule polinucleate e un elevato indice mitotico. La diagnosi differenziale va comunemente fatta con il cheratoacantoma e con il carcinoma a cellule basali. La distinzione dalla cheratosi attinica e dalle altre precancerosi è sicura soltanto dal punto di vista istologico. Il trattamento d'elezione è l'asportazione chirurgica ampia comprendente un sufficiente margine di tessuto sano perilesionale. Un margine giudicato adeguato è di 5 mm. Se si sospetta un interessamento linfonodale, trova indicazione l'esame ecografico delle stazioni interessate ed in presenza di positività per caratteristiche ecografiche è opportuno procedere a biopsia dei linfonodi sospetti. In presenza di positività all'esame istologico per cellule da carcinoma a cellule squamose, si procede a biopsia del linfonodo sentinella della stazione linfatica interessata. In caso di positività per cellule tumorali del linfonodo sentinella si procede alla linfadenectomia radicale. È utile il monitoraggio a distanza per la diagnosi precoce di recidive locali o di lesioni analoghe nella stessa area o aree adiacenti.

Melanoma Maligno

Il melanoma maligno è un tumore maligno che origina dai melanociti della cute e delle mucose, dai melanociti che costituiscono i nevi e, più raramente, dai melanociti localizzati in sedi extracutanee come l'occhio, l'orecchio interno, le meningi. Il melanoma maligno costituisce il 3% di tutte le neoplasie maligne ed è responsabile dell'1% delle morti per neoplasie maligne. Durante gli ultimi anni la sua incidenza è aumentata drammaticamente.

Eziologicamente il melanoma maligno è rarissimo prima della pubertà, colpisce prevalentemente i soggetti di entrambi i sessi di età compresa tra i 30 e i 60 anni, con un picco attorno ai 45 anni. I fattori di rischio principali sono la predisposizione familiare, l'elevato numero di nevi, la presenza di nevi congeniti e il fototipo a pelle chiara. Esiste un fattore di rischio legato all'ambiente: esposizione intermittente alla luce del sole, specie se in età giovanile e di intensità tale da provocare ustioni. La localizzazione del melanoma maligno al padiglione auricolare è rara; risulta interessare più frequentemente le subunità anatomiche del padiglione auricolare maggiormente esposte all'azione degenerativa delle radiazioni solari.

Clinicamente la neoplasia può insorgere de novo oppure in associazione con un nevo melanocitico congenito o acquisito. Inizia come lesione a macula o papula

asimmetrica che poi, in tempi variabili, si trasforma in chiazza, placca o nodulo con tendenza, in fasi avanzate, all'ulcerazione. I bordi sono spesso indentati: il colore ha distribuzione disomogenea con tonalità prevalenti bruno-nerastre; la dimensione varia da pochi mm a molti cm. Si distingue il melanoma a crescita superficiale, il melanoma nodulare, il melanoma su lentigo maligna e il melanoma lentiginoso delle estremità. Sono possibili forme acromiche, verrucose o polipoidi e forme a localizzazione mucosa e sottoungueale. Il melanoma può autoregredire parzialmente o totalmente e tale fenomeno ha di solito un significato prognostico negativo. Le metastasi avvengono per via ematica o linfatica e vengono distinte in metastasi satellite, in transit, regionali e a distanza.

Istologicamente il melanoma, al microscopio, si presenta come una lesione asimmetrica, poco circoscritta, costituita da proliferazione di melanociti atipici di forma citologica varia, con prevalenza delle unità isolate sui nidi e tendenza alla migrazione verso gli strati più superficiali dell'epidermide. Il melanoma in situ, ossia confinato all'epidermide e nell'epitelio degli annessi cutanei, può essere distinto in: tipo lentigo maligna, tipo a diffusione superficiale e tipo acrale lentiginoso. Questi tre tipi possono superare la giunzione dermoepidermica e diventare invasivi.

La diagnosi clinica precoce può essere fatta attraverso la valutazione attenta e precisa di alcune caratteristiche morfologiche riassunte nella formula mnemonica ABCDE: Asimmetria della lesione, Bordi irregolarmente indentati, Colore distribuito in modo disomogeneo, Dimensione superiore a quella di un comune nevo melanocitico (> 6mm), Età prevalentemente dopo i 15 anni, Elevazione della lesione che testimonia l'inizio della fase invasiva del tumore, Evoluzione con cambiamento della morfologia. Quando il clinico sospetta la neoplasia, bisogna procedere con l'asportazione totale della lesione (biopsia escissionale) per la verifica istopatologica.

Il melanoma maligno va comunemente in diagnosi differenziale con le lesioni melanocitarie e con le altre lesioni maligne o benigne talvolta pigmentate.

La prognosi del melanoma maligno è variabile secondo parametri clinici (sesso, età, diametro della lesione e sua rilevatezza sulla cute, presenza di lesioni secondarie locali e/o a distanza) e parametri istologici come lo spessore del tumore secondo Breslow, il livello di invasione secondo Clark, l'indice di mitosi cellulare, il grado di ulcerazione, le metastasi linfonodali e le metastasi a distanza.

Il trattamento di scelta del melanoma maligno è chirurgico. Ogni lesione pigmentata sospetta deve essere asportata ai fini diagnostici con margine sottile. L'obiettivo della terapia chirurgica del melanoma di qualsiasi spessore risulti, è di assicurare la completa escissione della lesione. L'intervento da eseguire per ogni lesione clinicamente dubbia o sospetta di essere un melanoma, è pertanto l'escissione in toto della neoformazione con un margine di tessuto non eccedente i 3 mm. Si attende poi il risultato dell'esame istopatologico. Sulla base dello spessore del tumore secondo la classificazione Breslow, si procede ad ampliamento adeguato della pregressa escissione ed in particolar modo, per melanomi cutanei di spessore maggiore di 1 mm è indicato effettuare la ricerca del linfonodo sentinella. È questo un esame diagnostico che individua il primo linfonodo tributario della catena drenante l'area interessata dal melanoma. L'identificazione del linfonodo da asportare viene effettuata preoperatoriamente con una linfoscintigrafia e contemporanea somministrazione di isotopi radiotraccianti specifici per le metastasi linfonodali. Nel melanoma maligno del padiglione auricolare i bacini linfonodali più frequentemente indicati alla linfoscintigrafia sono quelli parotidei inferiori. Individuato tale linfonodo lo si asporta

e lo si analizza istologicamente. Qualora questo risulti positivo, si procede con l'asportazione di tutta la catena linfonodale. Nel caso contrario si cessa l'azione chirurgica e si instaura un adeguato regime di follow-up.

La terapia medica antitumorale con chemioterapici e con farmaci immunomodulatori va effettuata come terapia di supporto.

Malattia di Bowen

La malattia di Bowen è un carcinoma a cellule squamose intraepidermico. Più spesso interessa le aree fotoesposte e aree soggette a traumatismi ripetuti. Nel padiglione auricolare è localizzato prevalentemente alle subunità marginali.

Clinicamente si presenta come una chiazza rossastra, lievemente rilevata, a margini netti, ricoperta da formazioni squamose o squamocrostose che si lasciano facilmente distaccare mostrando una superficie granulosa, modicamente secernente non sanguinante. La lesione aumenta progressivamente di dimensioni, e, di solito nell'arco di una decina di anni, si trasforma in un carcinoma a cellule squamose invasivo. La trasformazione è caratterizzata dalla comparsa di noduli o ulcerazioni sanguinanti nel contesto della chiazza squamo-eritematosa, in corrispondenza dei quali essa diviene dura ed infiltrata.

Istologicamente si evidenziano cellule squamose anaplastiche che proliferano nello spessore degli strati epiteliali senza peraltro superare la membrana basale. L'anaplasia con presenza di cellule giganti polinucleate, di numerose mitosi e di un diffuso disordine strutturale, dimostrano la natura neoplastica di questa lesione.

La malattia di Bowen va differenziata dal carcinoma a cellule basali.

Il trattamento di prima scelta l'asportazione chirurgica con adeguati margini.

Cheratosi Attinica

La cheratosi attinica o solare è una lesione circoscritta della cute fotoesposta caratterizzata da un'ipercheratosi aderente, risultato di alterazioni epidermiche che tardivamente possono progredire verso il carcinoma a cellule squamose. Essa rappresenta la più comune delle cosiddette precancerose cutanee, ossia lesioni di per sé benigne, ma con potenzialità di evolvere, in tempo variabile, in senso neoplastico.

Eziologicamente l'esposizione prolungata alle radiazioni solari rappresenta la causa principale. Si osserva tipicamente nelle persone con fototipo chiaro, anziane oppure giovani che conducono una prolungata vita all'aperto. Nel padiglione auricolare la cheratosi attinica è più frequentemente localizzata alle subunità periferiche quali elice ed antielice.

Clinicamente la cheratosi attinica si presenta come una macula o chiazza lievemente rilevata, a limiti netti, la cui superficie è secca, ipercheratosica, di colorito giallo-brunastro, talora verrucosa o esofitica, tipo corno cutaneo. Lo strato ipercheratosico può essere staccato con difficoltà rivelando un'erosione superficiale, tendente al sanguinamento, che nel giro di alcuni giorni si ricopre nuovamente di una crosta cornea. È costante la presenza di un alone iperemico attorno alla lesione.

Istologicamente la cheratosi attinica è caratterizzata da iper e paracheratosi con ispessimento dell'epidermide, le cui cellule mostrano segni di modesta atipica. A carico del derma superficiale si trova un infiltrato infiammatorio linfoplasmocitario.

Il decorso è lento con aumento delle dimensioni della lesione; la trasformazione maligna è di solito verso il carcinoma a cellule squamose e si manifesta dopo una latenza di anni, con la comparsa di infiltrazione alla base della placca cheratosica e aumento della sua consistenza.

La lesione va differenziata dal carcinoma a cellule basali superficiale, dal LES e dalla cheratosi seborroica nelle fasi iniziali.

Va sempre considerata l'indicazione all'escissione chirurgica della lesione.



[torna su](#)

Indicazioni

L'approccio terapeutico alle patologie neoplastiche e precancerose che interessano il padiglione auricolare, consiste nell'asportazione chirurgica della porzione di tessuto patologico, facendo sì che i margini dell'escissione siano liberi da lesione. Ne consegue un deficit anatomico acquisito che deve essere ricostruito. E' necessaria una prima distinzione che può definirsi di tipo "quantitativo": l'estensione della patologia neoplastica è direttamente correlata alle dimensioni dell'escissione chirurgica e di conseguenza al deficit da ricostruire. E' per queste ragioni che si distinguono deficit parziali e deficit totali.

DEFICIT ACQUISITI PARZIALI

I deficit acquisiti parziali che derivano da escissione di lesioni neoplastiche e precancerose possono essere:

1. difetti marginali, che interessano aree topografiche "periferiche" del padiglione stesso;
2. difetti non marginali, che interessano le aree più centrali del padiglione auricolare.

Sia i deficit marginali, sia i deficit non marginali vanno ulteriormente suddivisi in deficit a tutto spessore e deficit a spessore parziale, a seconda che vi sia o meno il coinvolgimento di tutti gli strati anatomici. Generalmente i deficit marginali che più spesso coinvolgono l'elice, possono interessare il terzo superiore, il terzo medio o il terzo inferiore del padiglione auricolare; i deficit non marginali coinvolgono più frequentemente il terzo medio del padiglione auricolare con e più frequentemente interessano la conca. Nella ricostruzione di deficit marginali a tutto spessore frequentemente si ricorre alle tecniche di escissione cuneiformi classiche e modificate oltre che alle tecniche di ricostruzione secondo Antia e Buch e loro modifiche. Quando il deficit è a tutto spessore e di ampiezza tale da interessare tutta la porzione centrale del padiglione auricolare, allora è utile impiegare il lembo di Dieffenbach, lembo postauricolare di avanzamento. Nella ricostruzione di deficit non marginali si può impiegare il lembo condrocuteaneo di rotazione secondo Ramirez. In alcuni casi è indicato l'impiego del lembo postauricolare ad isola tipo "revolving door". Il lembo postauricolare, nelle sue numerose varianti, viene largamente impiegato nella ricostruzione di deficit marginali e non marginali non a tutto spessore.

DEFICIT ACQUISITI TOTALI

I deficit acquisiti totali del padiglione auricolare possono essere causati da traumi;

è questo il caso delle amputazioni totali secondarie ad incidenti. Ancora un deficit acquisito totale del padiglione auricolare può essere secondario ad ustione, oppure può essere conseguenza dell'asportazione chirurgica di una neoplasia di dimensioni importanti.

La ricostruzione totale del padiglione auricolare richiede una particolare esperienza e differenti tecniche molto sofisticate.

[torna su](#)

Controindicazioni

Non esistono sostanziali controindicazioni al trattamento chirurgico delle neoplasie del padiglione auricolare. Piuttosto la precocità nel riconoscere le lesioni e trattarle in modo efficace è espressione di minore invasività con conseguenti risultati ottimali sia sul piano della radicalità oncologica, sia sul piano estetico. Il trattamento chirurgico delle neoplasie del padiglione auricolare è effettuato in anestesia locale per infiltrazione: per queste ragioni è fondamentale che i pazienti siano pazienti collaboranti.

[torna su](#)

Principi di terapia chirurgica

La ricostruzione dei deficit marginali a tutto spessore

Tecnica di escissione a cuneo

L'escissione a cuneo è un metodo semplice ed efficace nella ricostruzione di deficit marginali a tutto spessore; può essere impiegata laddove bisogna ricostruire piccoli deficit, di dimensioni inferiori ad 1.5 cm, localizzati nel terzo medio del padiglione auricolare, sull'elice e sull'antielice. In taluni casi, piccoli triangoli di Burow possono essere asportati in corrispondenza dei due lati del cuneo per permettere la chiusura senza evidenti alterazioni delle curvature del padiglione auricolare stesso [6]. Il principio su cui si basa questa tecnica è la conversione di un dato difetto cutaneo in un cuneo a tutto spessore (cute anteriore, cartilagine e cute posteriore) di forma triangolare (Vedi Figura). Idealmente, l'angolo interno del cuneo è di 30°, al fine di ridurre al minimo il rischio di conseguenti deformità [7].

I vantaggi di questa tecnica sono la semplicità e la velocità di esecuzione; l'intervento è eseguito in un unico tempo operatorio. Il limite di questa tecnica è che in presenza di difetti di dimensioni maggiori di 1.5 cm, il risultato è insoddisfacente a causa delle deformità che ne conseguono [6].

Relativamente a questa tecnica sono riportati in letteratura numerosi casi di deformità del padiglione auricolare stesso, secondarie all'intervento eseguito: si tratta di deformità tipo "cupping" (Vedi Figura), (Vedi Figura) oppure di deformità tipo "webbing" (Vedi Figura), (Vedi Figura) [8].

Tecnica di escissione a stella (Star excision)

La tecnica a stella può essere considerata una modifica della tecnica dell'escissione cuneiforme, cui vengono aggiunti due triangoli opposti e simmetrici. È indicata nella ricostruzione di deficit marginali che interessano l'elice, l'antielice e la scapha. In ogni caso le dimensioni del difetto non devono essere maggiori di un

quarto delle dimensioni totali del padiglione auricolare interessato. Questa tecnica si basa sulla presenza di un difetto marginale a tutto spessore della forma di un rettangolo. Dal margine interno del difetto, vengono incise a tutto spessore, previo adeguato planning preoperatorio, cute (anteriore e posteriore) e cartilagine secondo il disegno di una stella che si estende in senso centripeto alla scapha e/o all'antielice. Segue sutura a punti staccati, in tre strati, con accostamento dei lembi contrapposti tra loro ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)).

La tecnica a stella permette di ottenere buoni risultati in termini di mantenimento della normale conformazione del padiglione auricolare, seppure con la conseguente riduzione della lunghezza dello stesso.

Tecnica di escissione a cuneo sfalsato (Staggered Wedge excision)

Questa tecnica è simile alla precedente. È utilizzata soprattutto per la ricostruzione di deficit dell'elice ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)). Si asporta la lesione con escissione a tutto spessore. Superiormente alla lesione, previo disegno, si asporta un cuneo a tutto spessore ([Vedi Figura](#)). Si chiude il deficit con avanzamento verso l'alto dell'antielice e avanzamento verso il basso del margine dell'elice ([Vedi Figura](#)) [4]. In questo modo si riducono i rischi relativi all'insorgenza di deformità secondarie all'intervento.

Lembo condrocuteo di avanzamento secondo Antia e Buch

Il successo di questa tecnica dipende dalla possibilità di liberare l'elice dalla scapha, con una incisione anteriore nel solco dell'elice che va praticata anche sulla cartilagine, ma non deve interessare la cute posteriore ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)). Dissezionando il tessuto, fino alla superficie del pericondrio, si ottiene la mobilità dell'elice, preparato come lembo condrocuteo basato sulla cute posteriore. Quantità di tessuto extra possono essere ottenute mediante un lembo di avanzamento a V-Y a livello della crura dell'elice: ciò è necessario nella correzione dell'orecchio costretto e nella ricostruzione di deficit di dimensioni fino a 2 cm. per evitare che la sutura generi eccessiva tensione. Si può eventualmente rimuovere parte della cartilagine della scapha evitando, così, che vi sia eccesso di tensione nell'approssimare il margine di elice [5].

Antia ha disegnato questa tecnica per la ricostruzione di difetti di dimensioni non maggiori di 2.5 cm, che interessano l'elice. Sebbene Antia l'abbia originariamente descritta per la ricostruzione di deficit del terzo superiore, essa risulta valida anche per la ricostruzione di deficit del terzo medio, nonché di quelli localizzati alla giunzione tra terzo medio e terzo inferiore [5].

I vantaggi della tecnica di Antia sono la sicurezza, la semplicità e la rapidità di esecuzione del lembo; è importante rilevare che le cicatrici di questo intervento sono ben camuffate nelle ombre naturali del padiglione auricolare. Lo svantaggio può consistere in una riduzione delle dimensioni del padiglione auricolare, tale da rendere evidente un'asimmetria con il padiglione controlaterale. In tal caso Antia ha proposto un'escissione a forma di cuneo sul padiglione auricolare sano, laddove questo dovesse apparire prominente rispetto a quello su cui si è intervenuto, così da ridurre l'asimmetria [5].

Lembo condrocuteo composito di avanzamento secondo Fata

Fata ha proposto questa tecnica per la ricostruzione di deficit marginali a tutto spessore che interessano contemporaneamente elice, scapha ed antielice ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)). La tecnica si basa sull'utilizzo di un lembo condrocuteo di avanzamento secondo i principi precedentemente evidenziati da Antia e Buch. Consiste in un'incisione di cute e cartilagine all'interno dell'antielice. La cute della

faccia mediale è lasciata intatta, ma separata dai lembi condrocutanei mediante dissezione. Escissioni a forma di cuneo, che comprendono cute e cartilagine, della forma di triangolo devono essere praticate in corrispondenza del polo superiore e del polo inferiore della conca ([Vedi Figura](#)). Per deficit di dimensioni maggiori, la conca può essere ridotta mediante escissione di cute e cartilagine sul suo bordo esterno fino a quando il deficit può essere chiuso senza tensione di cute ([Vedi Figura](#)) [10].

Questa tecnica differisce in parte da quella di Antia e Buch, perché in questo caso le incisioni di cute e cartilagine sono praticate all'interno dell'antielice piuttosto che all'elice. Il movimento che i tessuti subiscono con questa tecnica è di avanzamento e rotazione: per questa ragione la tendenza al cupping è minimizzata [10].

I vantaggi di questa tecnica sono la sicurezza, la rapidità di esecuzione e l'unico tempo operatorio. Lo svantaggio è che questa tecnica riduce significativamente la dimensione verticale del padiglione auricolare, soprattutto se utilizzata per la ricostruzione di deficit di grandi dimensioni.

Lembo condrocutaneo modificato di avanzamento secondo Butler

Butler ha descritto una tecnica che rappresenta una modifica della tecnica di Antia e Buch basata sull'utilizzo di un lembo condrocutaneo di avanzamento. Butler ne propone una che può essere impiegata per la ricostruzione di deficit a tutto spessore che interessano anche la scapha, l'antielice e la fossa triangolare, basata sulla combinazione di una procedura di riduzione del padiglione auricolare con lembi di avanzamento del margine dell'elice ([Vedi Figura](#)).

La cute e la cartilagine del padiglione auricolare sono incise lungo il cavo dell'elice, dalla radice fino al lobulo. La cute e la cartilagine anterolaterale della scapha, incluse le parti della fossa triangolare e dell'antielice, sono escisse. Un triangolo di Burow di cute anterolaterale è escisso dal lobulo. Si pratica la dissezione completa della cute auricolare posteromediale dalla cartilagine fino al solco auricolocefalico. I lembi del bordo dell'elice sono avanzati insieme, evitando la tensione dei tessuti con l'apposizione meticolosa di cartilagine utilizzando suture a materassoia verticali. Se è necessario un ulteriore avanzamento, sono disponibili tre opzioni: escissione di un triangolo di Burow più grande, avanzamento V-Y della radice dell'elice, ulteriore riduzione della scapha. Si effettua escissione di cute posteromediale in eccesso facendo attenzione a salvaguardare il peduncolo vascolare [11].

I vantaggi di questa tecnica sono molteplici: unico tempo operatorio, semplicità, ridotta alterazione del contorno dell'elice e lieve riduzione dell'altezza verticale. Non sono generalmente rilevate deformità di cupping o variazioni della proiezione del padiglione auricolare trattato. Gli svantaggi di questa tecnica sono: alterazione del contorno del lobulo ed esiti cicatriziali più o meno evidenti [11].

Lembo condrocutaneo modificato di avanzamento secondo Low

Anche Low ha proposto una tecnica che consiste in una modifica del disegno del lembo condrocutaneo di avanzamento proposto da Antia e Buch. Questa modifica permette ricostruzioni di deficit di dimensioni maggiori, che non interessano esclusivamente il margine dell'elice. La modifica descritta consiste nell'utilizzo di un'estensione cutanea del lembo originariamente descritto ([Vedi Figura](#)) [9]. Secondo questa tecnica, vengono dapprima disegnati lembi condrocutanei di elice; laddove resta ancora esposta un'area di cartilagine e pericondrio, Low propone la sua modifica. Sono disegnati due lembi cutanei triangolari dalla faccia

anteriore del padiglione, basati sul margine dell'elice. I lembi cutanei vengono incisi e dissezionati dal pericondrio sottostante della scapha e dell'antielice. Di seguito la cartilagine è affrontata nelle sue estremità libere con nylon 5/0 e la cute suturata. Così facendo Low garantisce un adeguato profilo del padiglione auricolare, senza deformità di dimensione e forma, con copertura completa del deficit [9].

Lembo di Dieffenbach

In presenza di lesioni che interessano a tutto spessore le varie subunità del terzo medio, l'escissione chirurgica è di solito estremamente radicale. Si pone, dunque, il problema di ricostruzione in quanto i tessuti a disposizione sono molto esigui.

Il lembo di Dieffenbach rappresenta una valida soluzione. È un lembo postauricolare a peduncolo dermico di avanzamento, disegnato sulla cute della regione mastoidea. Sul padiglione auricolare si disegnano i margini di escissione della lesione e in base alle sue dimensioni è disegnato il lembo. Dopo aver asportato la lesione, il lembo viene scolpito ed avanzato a ricoprire il deficit creato ([Vedi Figura](#)). Il lembo di Dieffenbach è spostato in senso anteriore con un movimento rettilineo sfruttando l'elasticità della cute. La sua efficacia è maggiore nei pazienti anziani, in cui la tensione cutanea è ridotta. Il lembo è suturato ai margini del tessuto condrocuteo auricolare indenne da lesione. Si può applicare un drenaggio, che va rimosso nell'arco di 24-48 ore ([Vedi Figura](#)). L'esecuzione del lembo di Dieffenbach non è complessa, ma richiede un secondo tempo operatorio necessario alla ridefinizione dell'elice ([Vedi Figura](#)). I risultati estetici non sono entusiasmanti, tuttavia essi vanno valutati in relazione all'entità del deficit.

La ricostruzione di deficit marginali a spessore parziale

Lembo postauricolare peduncolato (Peninsulare)

La ricostruzione di deficit parziali acquisiti del padiglione auricolare, laddove il deficit è localizzato in subunità anatomiche marginali e non è un deficit a tutto spessore, può essere ottenuta mediante l'impiego di lembi postauricolari a penisola; si tratta di lembi disegnati nella regione postauricolare, dotati di un loro peduncolo cutaneo superiore oppure inferiore.

I lembi peninsulari sono disegnati come una lunga "V"; l'estremità aperta indica la base a tutto spessore del lembo che può essere sia superiore sia inferiore.

Le lesioni sono escisse secondo i principi oncologici e il deficit che ne scaturisce è preparato a ricevere il lembo.

I disegni del lembo sono eseguiti preoperatoriamente: si evidenzia l'isola cutanea. Nessuna particolare attenzione è data nell'includere l'arteria auricolare posteriore. La larghezza del peduncolo è uguale alla larghezza massima dell'ellisse. All'estremità del peduncolo, la cute su entrambi i margini dell'ellisse viene scollata per permettere al peduncolo di essere maggiormente mobile e di conservare la sua larghezza. Il lembo viene sollevato con tutto il tessuto sottocutaneo dal solco auricolocefalico e trasferito al deficit.

Il sito donatore è chiuso per prima intenzione.

I lembi peninsulari possono essere a peduncolo superiore ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)) per i deficit del polo superiore e a peduncolo inferiore ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)) per i deficit del polo inferiore.

La ricostruzione del lobulo [12] è ottenuta con il lembo peninsulare a peduncolo inferiore ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)).

Lembo postauricolare ad isola Propeller

Il lembo postauricolare ad isola propeller è un lembo peduncolato, a peduncolo sottocutaneo, principalmente impiegato nella ricostruzione di deficit parziali marginali non a tutto spessore. Si preferisce ricorrere al lembo ad isola a peduncolo sottocutaneo propeller ([Vedi Figura](#)) nella ricostruzione di deficit localizzati a tutte le subunità anatomiche che costituiscono la faccia laterale del padiglione auricolare: radice e la parte anteriore dell'elice, la scapha, la crura superiore ed inferiore dell'antielice e del trago. Contrariamente al lembo revolving door, anch'esso lembo ad isola a peduncolo sottocutaneo, il peduncolo sottocutaneo di questo lembo è eccentrico (origine all'estremità superiore dell'ellisse), l'isola cutanea è lungo l'ellisse ([Vedi Figura](#)). Il lembo è trasferito al deficit con una rotazione di 180° del peduncolo sottocutaneo senza che sia necessaria alcuna apertura nella cartilagine ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)).

Il sito donatore è chiuso per prima intenzione.

La ricostruzione dei deficit non marginali

Lembo condrocutaneo di rotazione nella ricostruzione di deficit non marginali: tecnica di Ramirez

Ramirez propone una tecnica chirurgica efficace nella ricostruzione di deficit relativamente grandi di antielice, scapha e fossa triangolare che, insieme alla conca, costituiscono le subunità non marginali del padiglione auricolare ([Vedi Figura](#)). Essa si basa sul principio del lembo condrocutaneo di avanzamento di Antia e si adatta alla ricostruzione di deficit di dimensioni non maggiori di 2 cm usando il principio della separazione delle varie subunità del padiglione auricolare e della loro redistribuzione per la chiusura di deficit in aree non marginali con un sacrificio minimo di tessuto, di dimensioni e di forma. È una tecnica affidabile, relativamente semplice e può essere eseguita in un unico tempo operatorio.

Dopo la resezione del tumore con adeguati margini, includendo nella resezione la cartilagine sottostante, si esegue un'incisione lungo la scapha (depressione compresa tra elice ed antielice) che viene estesa, in basso, fino al lobulo. L'incisione è eseguita sulla cartilagine, facendo attenzione a preservare una quantità soddisfacente di cartilagine tale da poter supportare il margine dell'elice. La cute postauricolare è mobilizzata dalla faccia posteriore della cartilagine della conca e dal solco postauricolare per ottenere la mobilizzazione di lembi condrocutanei. La circolazione del lembo condrocutaneo di elice è basata sulla cute postauricolare e il lembo condrocutaneo centrale di antielice e conca è basato sulla cute preauricolare. Il lembo centrale è avanzato superiormente e il lembo esterno è avanzato inferiormente. La cute e la cartilagine dei lembi di avanzamento sono orientate a riempire il deficit ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)), ([Vedi Figura](#)). Un piccolo cuneo è escisso laddove i due lembi di avanzamento si incontrano, per permettere ad entrambi di ruotare. Mentre la lunghezza del lembo di avanzamento esterno resta costante, quella del lembo di avanzamento interno crea un deficit in corrispondenza dell'area del lobulo. Per poterne ottenere la chiusura, i tessuti di quell'area sono riorganizzati mediante lembi di rotazione ([Vedi Figura](#))[13].

Lembo Revolving Door

Il lembo postauricolare tipo revolving door è un lembo ad isola a peduncolo sottocutaneo. Il lembo revolving door è eseguito secondo la descrizione originale di Masson [14], ed è impiegato nella ricostruzione di deficit parziali acquisiti che

interessano la conca [15] (Vedi Figura), (Vedi Figura), (Vedi Figura), (Vedi Figura), (Vedi Figura), (Vedi Figura).

Lembo postauricolare

Si ritiene che il lembo postauricolare possa essere considerato, per la sua versatilità ed efficacia, una delle migliori opzioni chirurgiche nella ricostruzione di questa area anatomica. Le differenti localizzazioni dei difetti richiedono differenti tipi di disegno del lembo postauricolare. Non esiste un solo disegno di tale lembo da impiegare come universale nella ricostruzione di tutti i deficit del padiglione auricolare, ma è sempre necessario scegliere e pianificare il disegno del lembo più adatto.

Classificazione dei lembi postauricolari

I lembi postauricolari sono classificati in due gruppi:

- ad isola
- peninsulari

I lembi postauricolari **ad isola** si suddividono in lembi a peduncolo dermico ed in lembi a peduncolo sottocutaneo.

I lembi ad isola a peduncolo dermico sono ulteriormente classificati in base alla direzione del loro peduncolo ed in base al metodo di trasferimento. Esistono: lembi ad isola a peduncolo superiore ripiegati, lembi ad isola a peduncolo superiore ruotati su se stessi, lembi ad isola a peduncolo inferiore ripiegati e lembi ad isola a peduncolo inferiore ruotati su se stessi.

I lembi ad isola a peduncolo sottocutaneo sono il lembo Revolving Door e il lembo Propeller.

I lembi postauricolari **peninsulari** sono lembi di trasposizione standard che possono essere raggruppati in lembi a peduncolo superiore e lembi a peduncolo inferiore.

Tecnica chirurgica

Il disegno del lembo inizia con il disegno dell'isola cutanea tale che questa abbia le stesse caratteristiche di forma e dimensione del deficit da ricostruire. L'isola cutanea è appunto disegnata sulla cute dell'area postauricolare, centrandola sul solco auricolocefalico [16]. I restanti disegni e tappe della procedura, sono differenti a seconda che si tratti di lembi ad isola a peduncolo dermico, di lembi ad isola a peduncolo sottocutaneo o di lembi peninsulari.

Il sito donatore postauricolare viene chiuso per prima intenzione.

Lembi postauricolari ad isola a peduncolo dermico

Il disegno di un lembo postauricolare ad isola a peduncolo dermico comprende un'ellisse disegnata con il suo asse maggiore lungo il solcoauricolocefalico. L'ellisse include l'isola cutanea ed il suo peduncolo.

L'estremità distale del peduncolo del lembo, rispetto all'isola cutanea, può essere superiore o inferiore a seconda della localizzazione del deficit da ricostruire [17]. L'estremità prossimale del peduncolo del lembo, rispetto all'isola cutanea è disepitelizzata. All'angolo dell'ellisse, in corrispondenza dell'origine del peduncolo, la cute deve essere dissezionata per permettere al peduncolo di essere mobile,

mantenendo la sua larghezza. Un'adeguata apertura nella cartilagine auricolare è creata per trasferire l'isola cutanea dalla faccia mediale a quella anteriore dov'è localizzato il deficit. Il movimento necessario per trasferire l'isola cutanea può essere un movimento di ripiegamento del peduncolo o di rotazione di 90°-180° sul proprio asse per posizionare l'isola cutanea nel deficit senza tensione né distorsione. L'isola cutanea viene modellata all'esatta forma del deficit e alle caratteristiche anatomiche locali: ciò significa che il margine distale, i margini laterali e il margine prossimale dell'isola cutanea vanno controllati all'atto dell'insetting.

Il sito donatore è chiuso per prima intenzione.

Lembi postauricolari ad isola a peduncolo sottocutaneo

I lembi postauricolari ad isola a peduncolo sottocutaneo sono il lembo postauricolare revolving door già descritto nella ricostruzione di deficit parziali non marginali ed il lembo postauricolare propeller descritto, invece, nella ricostruzione di deficit parziali marginali non a tutto spessore.

Lembi postauricolari peninsulari

I lembi postauricolari a penisola, disegnati indifferentemente con peduncolo superiore oppure inferiore sono già stati descritti nella ricostruzione di deficit parziali marginali non a tutto spessore.

Indicazioni chirurgiche del lembo postauricolare

Il padiglione auricolare può essere suddiviso in varie aree che possono essere centrali e periferiche.

L'area centrale del padiglione auricolare è la conca: il lembo postauricolare adatto alla ricostruzione di deficit della conca è il già citato lembo ad isola a peduncolo sottocutaneo revolving door.

L'area periferica del padiglione auricolare è suddivisa in faccia laterale e faccia mediale.

La faccia laterale comprende la radice e la parte anteriore dell'elice, la scapha, la crura superiore ed inferiore dell'antielice e del trago: il lembo postauricolare adatto alla ricostruzione di deficit di questa area è il già descritto lembo ad isola a peduncolo sottocutaneo propeller.

La faccia laterale è suddivisa in terzo superiore, terzo medio, terzo inferiore e lobulo.

Il terzo superiore può essere ricostruito con il lembo ad isola a peduncolo dermico superiore ripiegato ([Vedi Figura](#)).

Il terzo medio può essere ricostruito con il lembo ad isola a peduncolo dermico superiore ruotato ([Vedi Figura](#)), oppure con il lembo ad isola a peduncolo dermico inferiore ruotato ([Vedi Figura](#)).

Il terzo inferiore può essere ricostruito con il lembo ad isola a peduncolo dermico inferiore ripiegato ([Vedi Figura](#)).

Se il deficit del margine dell'elice si estende alla faccia mediale del padiglione auricolare, è necessario ricostruirlo con lembi peninsulari, precedentemente descritti, che possono essere a peduncolo superiore per i deficit del polo superiore e a peduncolo inferiore per i deficit del polo inferiore.

La ricostruzione del lobulo [12] può essere ottenuta con il lembo peninsulare a peduncolo inferiore oppure con il lembo ad isola a peduncolo sottocutaneo propeller.

Pertanto è possibile affermare: a seconda delle diverse localizzazioni del deficit è indicata l'esecuzione, per la sua ricostruzione, di diversi disegni di lembo postauricolare. Le aree topografiche del padiglione auricolare, con i corrispondenti disegni di lembo postauricolare più indicati, sono così rappresentate (Vedi Figura) [18].

Il lembo postauricolare è molto apprezzato per la sua rapida disponibilità, per la sua ricca vascolarizzazione e per la semplicità di chiusura del sito donatore. Questo lembo è utilizzato sotto forma di differenti disegni. Nella pratica, nessuno dei disegni di lembo postauricolare descritti può essere utilizzato come lembo postauricolare universale nella chiusura di deficit localizzati nelle diverse aree della faccia laterale del padiglione auricolare.

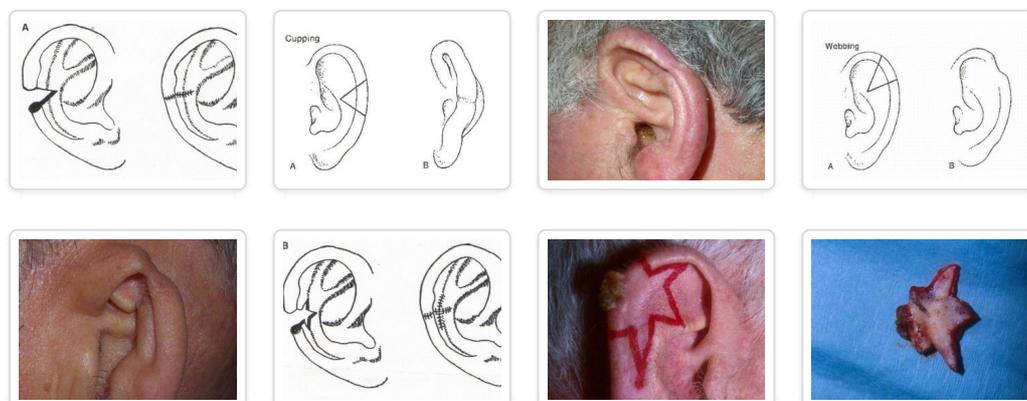
Alcuni autori ribadiscono l'importanza dell'anatomia vascolare della regione postauricolare nel planning dei lembi postauricolari. I lembi postauricolari sono considerati lembi assiali, basati su una delle maggiori divisioni dell'arteria auricolare posteriore [19]. L'esperienza clinico-chirurgica ci dimostra come il lembo postauricolare sia adatto a chiudere pressoché tutti i deficit parziali del padiglione auricolare con un approccio semplificato e standardizzato.

L'idea di sfruttare l'area cutanea localizzata dietro l'orecchio è relativamente recente: fu per la prima volta descritta da Brown e Cannon nel 1946 come sito di donazione per innesti di cute.

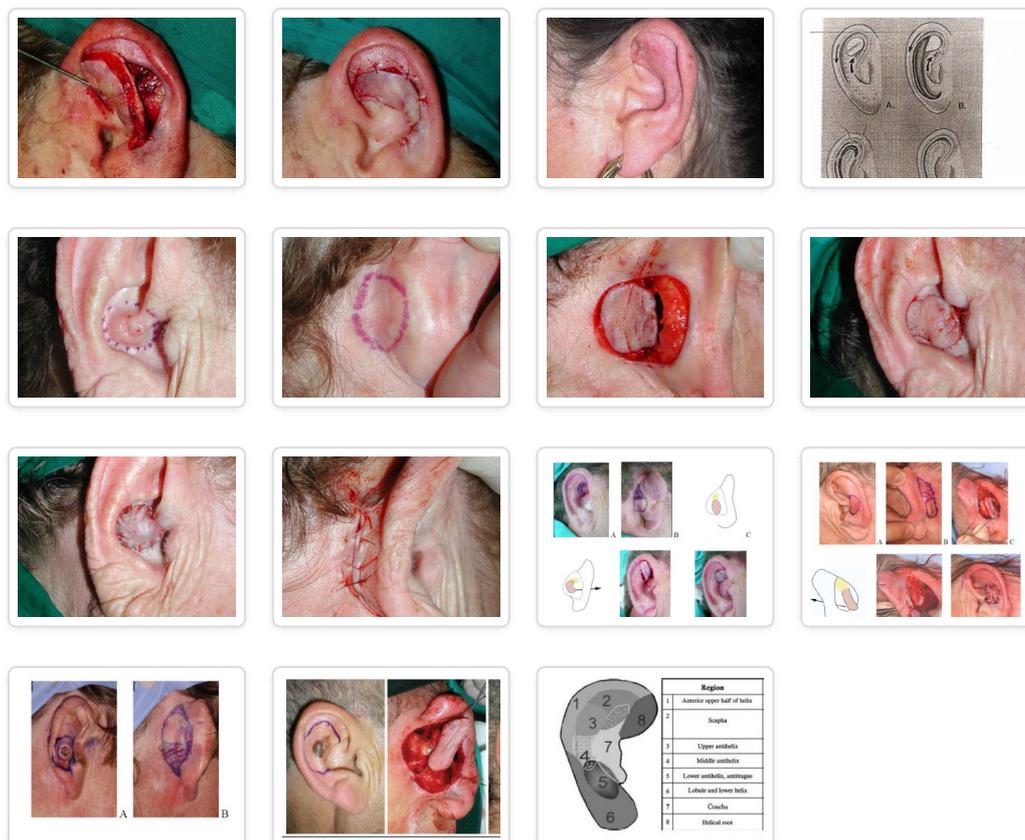
L'area cutanea auricolare posteriore è diventata il sito di donazione d'elezione per innesti di cute a tutto spessore, per lembi locali, per lembi regionali e per lembi liberi nella ricostruzione facciale. La popolarità di quest'area come sito di donazione è principalmente dovuta alla sua minima morbilità, alla minima o nulla distorsione dell'anatomia locale, alla possibilità di nascondere le cicatrici, alla possibilità di chiusura per prima intenzione, all'eccellente somiglianza con la cute dell'orecchio, all'eccellente somiglianza con la cute di altri distretti facciali e, infine, alla ricchezza del suo plesso vascolare dermico e sottocutaneo [20].

Per il padiglione auricolare, il sito di donazione preferenziale è l'area retroauricolare, di cui il lembo postauricolare rappresenta la metodica più frequentemente adottata per i suoi molteplici vantaggi.

In conclusione, il lembo postauricolare rappresenta l'opzione chirurgica naturale nella ricostruzione di deficit parziali del padiglione auricolare. La chiave per ottenere buoni risultati estetici e ricostruttivi è la scelta del disegno più adatto tra quelli disponibili.







[torna su](#)

Trattamento postoperatorio

A tutti i pazienti che si sottopongono ad intervento chirurgico per la ricostruzione di deficit parziali del padiglione auricolare viene prescritta terapia antibiotica. L'antibiotico viene scelto tenendo presente eventuali allergie specifiche; si preferisce la somministrazione per via orale di cefalosporine per 5 giorni, a partire dal giorno dell'intervento chirurgico. È opportuno prescrivere anche una terapia antidolorifica ed antinfiammatoria per via orale per i primi 2-3 giorni, associata ad adeguata gastroprotezione.

Il primo controllo è da effettuare circa al 4° giorno postoperatorio: si valutano le condizioni locali, l'insorgenza di eventuali complicanze, si valuta la vitalità dei lembi impiegati per la ricostruzione del difetto e si effettua una nuova medicazione.

Il secondo controllo è da effettuare circa in 7^a- 10^a giornata postoperatoria: si valutano le condizioni locali e generalmente si procede alla rimozione dei punti di sutura.

Momento fondamentale della gestione del periodo postoperatorio di un paziente sottoposto ad una ricostruzione parziale postoncologica del padiglione auricolare è il risultato dell'esame istopatologico: si verifica la tipologia della lesione escissa e si valuta l'adeguatezza e la radicalità dell'escissione chirurgica eseguita.

Si programmano i successivi controlli ambulatoriali ad 1, 3 e 6 mesi dalla data dell'intervento chirurgico; la scelta dei tempi e di eventuali integrazioni di diagnostica strumentale sono da considerare secondo la tipologia della lesione

escissa.

[torna su](#)

Complicanze

INFEZIONE

L'infezione del sito chirurgico in pazienti sottoposti ad intervento di ricostruzione di deficit postoncologici del padiglione auricolare può insorgere negli immediati giorni postoperatori (36-48 ore); può essere causata da una serie di microrganismi (per es. *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, ecc.). Interessa la cute e il sottostante piano cartilagineo, può essere caratterizzata da segni locali di infiammazione (edema, senso di calore e dolenzia alla ferita), fuoriuscita di materiale purulento, presenza di fluidi contaminati. I pazienti possono presentare febbre. In questa situazione è fondamentale la terapia antibiotica mirata.

EMATOMA

E' una complicanza legata alla presenza di sanguinamento nel sito chirurgico. Può richiedere il drenaggio all'esterno.

NECROSI PARZIALE O TOTALE DEI LEMBI

La necrosi tessutale è una complicanza che negli interventi di ricostruzione di deficit del padiglione auricolare generalmente interessa il tessuto cutaneo e sottocutaneo dei lembi mobilizzati per garantire la chiusura dei difetti. Tali necrosi, che possono interessare i lembi nella loro totalità oppure parzialmente, sono dovute generalmente ad insufficiente apporto ematico e/o scarico venoso dei lembi. L'insorgenza di infezione ed ematoma, possono altresì determinare una necrosi dei tessuti impiegati nella ricostruzione.

CONDRITE

È il coinvolgimento infiammatorio delle componenti cartilaginee del padiglione auricolare. Nei pazienti che si sottopongono ad intervento chirurgico per la ricostruzione del padiglione auricolare, la condrite è conseguenti processi flogistici sostenuti da batteri quali *Stafilococco*, *Pseudomonas* e *Streptococco*. La localizzazione cartilaginea dell'infezione esita verso manifestazioni degenerative che possono causare una deformità estetica, con erosione irreversibile della cartilagine.

CICATRICI PATOLOGICHE

Le cicatrici ipertrofiche e i cheloidi sono il risultato di un alterata risposta della cute al trauma cutaneo. I cheloidi, in particolar modo, sembrano prediligere il padiglione auricolare e pertanto rappresentano una temibile complicanza di tutti gli interventi chirurgici che interessano questa regione anatomica.

[torna su](#)

Bibliografia [\(Cerca su pubmed\)](#)

1. Balboni GC et al. Anatomia umana, vol. 3 cap. 12, Milano, Edi. Ermes, 1990.
2. Schonauer F, De Luca S, Razzano S, Molea G. Do the ears grow with age? Eur Arch Otorhinolaryngol. 2012 Apr;269(4):1307-8.
3. Alexander KS, Stott DJ, Sivakumar B, Kang N. A morphometric study of the human ear. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2011 Jan; 64(1): 41-7.
4. Schonauer F, Campa D, Monaco A, Molea G. Staggered wedge technique for ear reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2010 May;125(5):203e-204e.
5. Grabb&Smith. Plastic surgery, parte III cap. 30, Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2007.
6. Elsayh NI. Reconstruction of the ear after skin and cartilage loss, Clin. Plast. Surg., 2002; 29: 201-12.
7. Lee KK. Dermatologic Approach to Ear Reconstruction. Medscape
8. Majumdar A, Townend J. Helix rim advancement for reconstruction of marginal defect of the pinna Br J Oral and Maxillofacial Surg 2000; 38: 3-7.
9. Low DW. Modified chondrocutaneous advancement flap for ear reconstruction. Plast Reconstr Surg 1998; 102(6): 174-7.
10. Fata JJ. Composite chondrocutaneous advancement flap: a technique for the reconstruction of marginal defects of the ear, Plast Reconstr Surg. 1997; 99(4): 1172-5.
11. Butler CE. Reconstruction of marginal ear defects with modified chondrocutaneous helical rim advancement flaps. Plast Reconstr Surg. 2003; 111(6): 2009-13.
12. Cordova A, D'Arpa S, Moschella F. An innervated retroauricular skin flap for total ear lobule reconstruction. Br J Plast Surg. 2003; 56: 818-821.
13. Ramirez OM, Heckler FR. Reconstruction of non marginal defects of the ear with chondrocutaneous advancement flaps. Plast Reconstr Surg. 1989; 84(1): 32-40.
14. Masson JK, A simple island flap for reconstruction of concha helix defects, Br J Plast Surg 1972; 25: 399.
15. Jackson IT, Milligan L, Agrawal K. The versatile revolving door flap in the reconstruction of ear defects. Eur J Plast Surg 1994; 17:131-133.
16. Kolhe PS, Leonard AG. The posterior auricular flap: anatomical studies, Br J Plast Surg, 1987; 40: 562-9.
17. Renard A. Postauricular flap based on a dermal pedicle for ear reconstruction, Plast Reconstr Surg, 1981; 68(2), 159-164.
18. Schonauer F, Vuppapapati G, Marlino S, Santorelli A, Canta L, Molea G. Versatility of the posterior auricular flap in partial ear reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2010 Oct;126(4):1213-21.
19. Chul Park et al. A new arterial flap from the post auricular surface: its anatomic basis and clinical application. Plast Reconstr Surg 1988; 82(3): 498-504
20. Cordova A, D'Arpa S, Pirrello R, Giambona C, Moschella F. Retroauricular skin: a flaps bank for ear reconstruction. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2008;61 Suppl 1:S44-51.

[torna su](#)

eChirurgiaPlastica • PI 123456789 • [mail](#) • [newsletter](#) • [credits](#)
