

GESTIONE CHIRURGICA DELLE LESIONI DEL CANTO INTERNO DELL'OCCHIO

M. Bertero

SC Dermatologia - ASO "Santa Croce e Carle", Cuneo

La sede anatomica del canto interno dell'occhio presenta alcune criticità chirurgiche: la forma concava che complica l'adesione al fondo della breccia chirurgica di lembi ed innesti, la necessità di salvaguardare la simmetria e la mobilità dell'apparato palpebrale (rischio di ectropion), la vascolarizzazione arteriosa (arteria angolare), la presenza delle vie lacrimali e specialmente della via lacrimale inferiore che drena il 90 % del liquido lacrimale, (epifora in caso di danneggiamento), il collegamento anastomotico della circolazione venosa con i seni venosi intracranici, con il rischio di gravi complicanze in caso di infezioni della ferita chirurgica. Lembi che comportino trazione sui margini di cicatrice possono generare cheloidi.

La natura e la dimensione della lesione da asportare determina il tipo di exeresi e le conseguenti necessità ricostruttive.

Gli interventi chirurgici vanno da asportazioni a losanga a lembi di vicinanza a varianti del lembo frontale mediano ad innesti alla Wolfe; talora si rende necessaria la chirurgia di Mohs.

Particolare attenzione nelle plastiche ricostruttive va posta ad assicurare la migliore emostasi per prevenire gravi complicanze sul bulbo oculare; vanno rispettate rigorose norme di asepsi; si deve prevenire la tendenza di lembi ed innesti a dare l' "effetto tenda", vincolando la cute apposta con punti centrali per impedire la formazione di sacche di liquido flogistico e permettere un adeguato nutrimento per neoangiogenesi dai piani profondi al tessuto spostato.

Le linee di tensione risultanti dopo le plastiche devono essere disposte in modo da non tirare verso il basso la palpebra inferiore, generando ectropion con danni secondari della cornea dovuti ad insufficiente umettamento quando non infezione congiuntivale ricorrente.