

MALATTIE DELL'ORECCHIO ESTERNO

CONDOTTO Uditivo Esterno

Il CUE esercita una funzione di protezione contro la penetrazione nell'orecchio di corpi estranei e contro le infezioni. Tale funzione è essenzialmente legata a:

- 1) Caratteristiche anatomiche: la presenza del trago che ripara il meato; la relativa ristrettezza del canale; le sue due curvature, l'una nel piano frontale, l'altra in quello orizzontale.
- 2) Presenza dei peli (tragi)
- 3) Presenza del cerume. Questa sostanza, prodotta dalle ghiandole ceruminose, che sono presenti solo nella porzione cartilaginea del CUE, esplica una protezione meccanica grazie alla sua vischiosità, un effetto di inibizione sulla crescita dei batteri e delle spore fungine grazie alla sua composizione chimica e infine, con il suo elevato contenuto lipidico, previene la macerazione della cute provocata dall'umidità. Si ricordi infatti che nel CUE le correnti aeree sono ridotte al minimo: il suo clima è quindi in tutto e per tutto simile a quello di una serra.

L'IGIENE DEL CONDOTTO

Nessuna detersione all'interno del meato: la rimozione del cerume è dannosa. Il turn-over delle cellule epiteliali del CUE è tale per cui la sostituzione avviene con graduale spostamento verso l'esterno. Di conseguenza, il cerume viene a poco a poco trasportato fuori. La cute del condotto, per giunta, è molto sottile e tesa sulle pareti rigide sottostanti: una sua lesione pertanto è molto facile. L'introduzione di acqua scioglie le componenti idrosolubili del cerume, interrompendo così la pellicola protettiva che esso forma sulla pelle. Quando l'acqua è saponosa si crea per di più un ambiente alcalino favorevole alla crescita dei batteri.

TAPPO DI CERUME

La patogenesi del tappo di cerume non è stata ancora definitivamente chiarita. Sicuri fattori predisponenti sono: il tipo di cerume (il cerume "secco", che è di tipo recessivo, forma il

tappo più facilmente di quello “umido” che è dominante); gli aumenti della secrezione ghiandolare; la detersione meccanica insistita che accumula il materiale all’interno; l’introduzione di acqua che lo rigonfia, essendo il cerume fortemente igroscopico; la possibile diminuzione del calibro del condotto per la presenza di malformazioni o di esostosi. Generalmente, la sintomatologia si manifesta quando il tappo è a tenuta stagna, ossia occlude completamente il CUE.

SINTOMATOLOGIA (in ordine decrescente di frequenza):

- ipoacusia (a volte “improvvisa”, ad esempio dopo un bagno in mare;
- senso di pienezza;
- acufeni;
- otalgia, se il cerume è molto duro e comprime la cute molto sensibile del CUE; ancora più intensa nei casi non frequenti in cui il tappo preme sul timpano. In tale evenienza possono manifestarsi anche autofonia e vertigini.

La DIAGNOSI è agevole in base all’otoscopia. Il cerume si riconosce facilmente dal colore che varia dal giallo dorato al bruno scuro. A volte, quando la desquamazione della cute è considerevole, detriti epidermici di colore grigiastro si mescolano al cerume.

Il TRATTAMENTO del tappo di cerume pone un unico problema, cioè le condizioni del CUE e della membrana timpanica al di là del tappo. Nel benchè minimo sospetto che si associ un’infiammazione, è opportuno lasciare l’estrazione allo specialista. L’estrazione può essere vantaggiosamente preceduta, una volta fatta diagnosi, dal rammollimento del tappo mediante opportune instillazioni (ad es., glicerina). L’estrazione si esegue tramite caute irrigazioni con acqua tiepida o mediante estrazione strumentale (apiratore e microstrumenti angolati sotto microscopio, per evitare traumatismi alla cute).

OTITE DIFFUSA

Cause locali

- micosi del condotto
- dermatite eczematoide
- otorrea da otite media purulenta
- ritenzione di acqua contaminata (otite balneare)

Cause generali

- seborrea
- anemie
- diabete (foruncolosi recidivanti!)

SINTOMATOLOGIA

Nella otite diffusa in fase acuta il sintomo predominante è l'otalgia la cui intensità è in funzione della gravità del processo, cioè dell'entità dell'interessamento del derma, ove esiste una ricca rete di plessi nervosi. La dolorabilità provocata, da pressione sul trago o trazione sul padiglione, è assente solo nelle forme più lievi. Nell'otite cronica, invece, il sintomo principale è rappresentato dal prurito, spesso intollerabile, per cui il soggetto escogita i mezzi più disparati per porvi rimedio aggravando la situazione. In entrambi i casi l'interessamento linfonodale è raro.

Nella forma localizzata (foruncolo) l'otalgia è sempre lancinante (ricordare la scarsa distensibilità della cute del CUE) e la dolorabilità provocata è vivissima. Il dolore può irradiarsi, inoltre alle tempie, alla nuca e, può acutizzarsi nella masticazione se la sede corrisponde alla parete anteriore del condotto; in questo caso si ha limitazione nei movimenti di apertura della bocca (trisma). Il dolore può persistere anche se attenuato dopo l'apertura del foruncolo; cessa con la guarigione del processo infiammatorio. Sono presenti inoltre febbre, cefalea, malessere generale, ipoacusia di tipo trasmissivo se la stenosi del condotto

(per la presenza oltre che del foruncolo dell'edema infiammatorio) è notevole. E' presente linfadenopatia variabile in rapporto alla sede del foruncolo:

- linfonodi pretragici: parete anteriore del condotto
- linfonodi mastoidei: parete posteriore
- linfonodi parotidei: parete inferiore

OTITE ESTERNA

Inflammatione della cute del CUE che può interessare tutta l'epidermide (otite esterna propriamente detta o diffusa) o presentarsi in forma localizzata (foruncolo del condotto). La forma diffusa può a sua volta essere distinta in acuta e cronica: la prima colpisce più frequentemente i bambini come conseguenza di un eczema o di una otite media purulenta che provocano una macerazione della cute del condotto uditivo esterno, la seconda colpisce più spesso soggetti con scarse difese immunitarie o con carenze vitaminiche, metaboliche, ecc. La foruncolosi è causata da un processo infettivo a carico di un follicolo pilo-sebaceo situato quindi nella porzione cartilaginea del CUE.

ETIOLOGI

Batterica. A volte virale, da virus erpetico.

FISIOPATOLOGIA

La flora batterica del CUE sano è assai simile a quella della restante pelle. Nel 30% è sterile, nel 50% vi si reperta lo stafilococco albo allo stato saprofitico. Molto meno frequenti gli altri batteri. Nel 30% dei casi si rinvencono miceti, in particolare dei generi Aspergillo e Candida. La penetrazione dei germi attraverso il mantello cutaneo richiede necessariamente una soluzione di continuo. Questa è frequentemente di origine traumatica (lesioni da grattamento indotte dal prurito o durante la toilette). Può anche essere provocata dalla macerazione della cute legata all'introduzione di acqua (v. sopra), all'aumento del calore e dell'umidità, ecc.. Per tale ragione l'otite esterna risente molto delle condizioni climatiche ed è più frequente

nella stagione calda. I fattori predisponenti sono quelli che provocano la presenza del prurito (facilità di traumatismi), un peggioramento delle condizioni igieniche locali, una particolare labilità della cute alle infezioni. Può coesistere in base al grado di interessamento del CUE, senso di pienezza, autofonia, acufeni. Nelle flogosi purulente si può avere otorrea.

OBIETTIVITA'

Nelle forme diffuse, la cute si presenta iperemica, ispessita, sovente ricoperta da essudato; nelle forme localizzate è visibile la stenosi del condotto dovuta al foruncolo. L'otoscopia è di solito molto dolorosa.

TRATTAMENTO

La terapia per via generale deve avere la prevalenza su quella per via locale. Fondamentale, in primo luogo, la sedazione del dolore e inoltre il precoce impiego degli antibiotici.

OTITE ESTERNA MICOTICA

(spesso, ma impropriamente, chiamata

OTOMICOSI o MICOSI DEL CONDOTTO)

ETIOLOGIA: da Aspergilli e Candide, associati a batteri.

FISIOPATOLOGIA

La semplice presenza di miceti nel CUE, cui a rigore spetta il nome di otomicosi, non comporta mai un'otite. Le muffe, che sono anemofile, penetrano facilmente nel condotto. In condizioni particolari (calore, umidità, desquamazione abbondante, pazienti con otite eczematosa o esterna che fanno uso di antibiotici locali, pazienti con otorrea cronica, pazienti con scarsa igiene local, ecc.) esse possono trovare la spinta a moltiplicarsi. Crescendo sottraggono liquidi all'epitelio, e ciò provoca prurito. Diventano nel contempo visibili in

forma di lanuggine o di infiorescenze di colore variabile (dal bianco al grigio-nerastro, a seconda della specie in causa). L'otite si determina quando, quasi sempre in seguito a grattamento, si verifica una sovrinfezione batterica.

SINTOMATOLOGIA: Il prurito è il sintomo predominante e, a differenza di quanto si verifica nell'eczema, è di solito unilaterale, scarsa l'otorrea. Se vi è associazione batterica la secrezione può essere notevole e dare al paziente senso di orecchio pieno, con modesta diminuzione dell'acuità uditiva. A volte si associa un quadro di otite esterna diffusa, con un'otalgia di non rilevante entità. Un tampone auricolare e l'esame colturale darà la conferma definitiva della natura micotica dell'affezione.

TRATTAMENTO: intenso e prolungato trattamento topico con antimicotici. Ricordare che il micelio è molto sensibile a farmaci specifici, ma le spore sono invece estremamente resistenti.

DERMATITE ECZEMATOIDE

Si radunano sotto questo termine le varie forme di eczema.

ETIOLOGIA: allergica, da contatto (cosmetici, medicinali), umorale (rara), microbica

FISIOPATOLOGIA

La lesione inizia con l'ipertermia localizzata, cui segue la formazione di microvescicole, la loro rottura con formazione di croste e infine la desquamazione. Qualche fase, quella vescicolare in particolare, può mancare o decorrere in maniera frusta e inavvertita. Sono spesso presenti periodi di quiescenza di durata variabile. Molto frequentemente l'affezione deborda dal condotto per estendersi a parte del padiglione.

SINTOMATOLOGIA:

Varia in funzione delle fasi. Il sintomo soggettivo più caratteristico è il prurito avvilto dal paziente in entrambe le orecchie (si tratta infatti di manifestazioni solitamente bilaterali). L'otorrea è acquosa, e il paziente la distingue facilmente da quella purulenta. Nella fase

“secca” l’otoscopia può anche risultare praticamente normale. Indagare sempre se coesistono altre zone cutanee affette.

COMPLICANZE

La sovrapposizione di un’infezione batterica da grattamento può provocare una foruncolosi del condotto oppure un’eczema impetiginizzato.

TRATTAMENTO

Cortisonici per via locale e generale. Antistaminici. Eliminazione degli allergeni. Nelle recidive, consulenza dermatologica.

OTITE ESTERNA BOLLOSO-EMORRAGICA

Insorge frequentemente nei mesi invernali, spesso in concomitanza con periodi di recrudescenza della malattia influenzale.

OTOSCOPIA

Presenza sulla membrana timpanica e talvolta anche sulla cute che riveste la parte profonda del meato di vescicole o bolle, uniche o multiple, a contenuto siero-ematico o francamente ematico, ricoperte talvolta da piccole squame biancastre. Spesso si associano analoghe manifestazioni a carico del cavo del timpano, con formazione di una vera e propria otite media bollosoemorragica, che, lasciata a sè, può trasformarsi in otite media purulenta acuta per la sovrapposizione di germi piogeni banali. Nei casi in cui l’affezione è limitata all’orecchio esterno, l’inizio è caratterizzato da scarso rialzo termico, ma da improvviso e vivo dolore profondo, trafittivo che si irradia alle regioni circostanti e che si attenua non appena le vescicole si rompono ed il paziente avverte la comparsa di un’otorrea sieroematica o di una lieve otorragia.

La terapia si avvale di instillazioni auricolari di soluzioni contenenti anestetici ed antibiotici e antibiotici per via generale.

HERPES ZOSTER OTICUS

E' una patologia di origine virale, caratterizzata da formazioni vescicolose della cute del padiglione e del condotto uditivo esterno. L'agente infettivo è rappresentato dal virus Herpes Zoster che si localizza nelle strutture nervose connesse con l'orecchio interno (gangli, tronchi nervosi, nuclei bulbari del VII e VIII n.c.).

Sintomatologia

Le vescicole, che possono costituire la sola manifestazione clinica della malattia, insorgono sulla conca, sul meato acustico esterno e sullo strato cutaneo della membrana timpanica (nel 70% dei casi sui 2/3 anteriori della lingua e dell'emipalato molle) .Altri sintomi sono rappresentati: dal dolore urente diffuso all'orecchio esterno e dolori trafittivi, parossistici, localizzati in profondità, iperpiressia, cefalea, astenia, reazione linfoadenitica periauricolare.

Il quadro caratterizzato dalla presenza delle vescicole, della ipoacusia percettiva, della paralisi del VII n.c. costituisce la Sindrome di Ramsey-Hunt la quale si associa a vertigine oggettiva, acufeni, nistagmo spontaneo.

Anatomia patologica

Le lesioni sono caratterizzate da formazioni vescicolari a contenuto sieroso, citrino, che insorgono su una cute iperemica ed infiltrata. Successivamente si ha la rottura delle vescicole con fuoriuscita di liquido, che si rapprende in croste ricoprenti piccole zone biancastre che possono assumere in seguito una colorazione brunastra.

Diagnosi

La diagnosi precoce è di fondamentale importanza poiché le possibilità di ripristino funzionale delle strutture nervose interessate sono legate all'immediato trattamento terapeutico.

Terapia

La terapia si basa sull'uso di antivirali (Acyclovir e.v.: 5 mg/Kg ogni 8 ore x 5 giorni o Acyclovir cpr: 800 mg x 5 volte/die x 5 giorni), cortisonici, neurotrofici (vit. Complesso B), antibiotici a largo spettro d'azione, sintomatici.

OTOEMATOMA

Si tratta di un versamento ematico o siero-ematico contenuto tra il pericondrio e la cartilagine della faccia esterna del padiglione auricolare.

Eziologia

L'eziologia è rappresentata dai traumi del padiglione auricolare (soggetti particolarmente predisposti sono i pugili, lottatori e macellai), ma non bisogna dimenticare i possibili fattori favorenti quali : emofilia, carenza di vitamina K e la fragilità dei vasi.

La lesione appare come una tumefazione ricoperta da cute rossoviolacea, con superficie liscia, fluttuante.

La terapia consiste nell'incisione ed aspirazione della raccolta con successiva compressione sul padiglione per evitare la recidiva.

OTITE ESTERNA MALIGNA

L'otite maligna e' una forma progressiva e necrotizzante dell'orecchio, sostenuta da Gram negativi (Pseudomonas) con interessamento dell'osso temporale e della base cranica. E' frequente nelle persone con diabete insulino-dipendente.

da <http://www.uniss.it/facolta/medicina/otorino/>

Università degli Studi di Sassari