

UN CASO DI ERNIA DEL GRASSO INTRAORBITALE A LIVELLO SUBCONGIUNTIVALE VENTRALE NEL CANE

GIOVANNI ALLEVI* Med Vet, **NICOLETTA BEVERE[#]** Med Vet,
PIP BOYDELL[§] BvetMed CertVOphthal MRCVS

* Clinica Veterinaria "Villa Francesca", Seriate (BG) - [#] Libero professionista, Milano

[§] Dept. of Ophthalmology, Animal Medical Centre Referral Services, Manchester, UK

Riassunto

Un cane meticcio, maschio, di sette anni, viene presentato alla visita a causa di una tumefazione sottocongiuntivale ventrale monolaterale insorta improvvisamente circa due mesi addietro, non dolente e parzialmente riducibile. L'esplorazione chirurgica della massa e la successiva biopsia consente di emettere la diagnosi di ernia del grasso intraorbitale (EGI). Tale lesione, in presenza della quale una parte del corpo adiposo retrobulbare si disloca dal proprio alloggiamento all'interno della periorbita per posizionarsi anteriormente al bulbo, in sede sottocongiuntivale, non sembra responsabile nel cane di alcuna alterazione di tipo funzionale. Tuttavia essa rappresenta una importante diagnosi differenziale nella valutazione di animali presentati alla visita per una tumefazione sottocongiuntivale. L'EGI nel cane è stata descritta sia a carico del quadrante dorsolaterale, che della commessura temporale dell'occhio mentre, sempre per quanto riguarda la specie canina, a conoscenza degli Autori, in letteratura non sono ancora state riportate segnalazioni di EGI a carico dei quadranti ventrali dell'occhio.

Summary

A seven-year-old male crossbreed dog was presented with a two month history of a monolateral inferior conjunctival swelling. Clinical examination revealed a nonpainful movable conjunctival swelling in the inferior quadrant of the eye. A biopsy of the swelling for histopathological examination confirmed the tissue to be fat. Subconjunctival orbital fat herniation is a rare ocular condition, at a benign nature, described both in several animal species and in the man, the etiopathogenesis of which is still uncertain. Though the damage is not seen responsible in dogs for any alterations of functional type, it can cause appearance troubles and most of all it means an important diagnostic differential in the evaluation of the animals shown for a subconjunctival swelling. The clinical case described seems to be, as far as it has come to the authors' knowledge, the first notice in literature regarding orbital fat hernia in ventral quadrants of the eye.

INTRODUZIONE

L'ernia del grasso intraorbitale (EGI) è un'affezione oculare di raro riscontro sia in Medicina veterinaria che in Medicina umana, in presenza della quale una parte del corpo adiposo retrobulbare si disloca dal proprio alloggiamento all'interno della periorbita, per posizionarsi anteriormente al bulbo, in sede sottocongiuntivale. Il mantenimento, da parte del tessuto adiposo, di un rivestimento congiuntivale e quindi la sua collocazione al-

l'interno di una cavità neoformata, fa sì che la lesione si configuri come una vera e propria ernia, nonostante la patologia sia stata spesso indicata con il termine di prolasso. L'EGI rappresenta una patologia a carattere benigno che, nel cane, è stata descritta sempre in sede sottocongiuntivale, sia a carico del quadrante dorsolaterale ^(3, 7), che della commessura temporale dell'occhio ⁽⁸⁾.

RICHIAMI D'ANATOMIA

L'occhio, all'interno della cavità orbitale, è avvolto da un cuscinetto di grasso chiamato corpo adiposo intraorbitale, con funzioni di protezione e ammortizzamento nei confronti di eventuali traumi che colpiscono il bul-

"Articolo ricevuto dal Comitato di Redazione il 2/3/2002 ed accettato per pubblicazione dopo revisione il 30/3/2003".

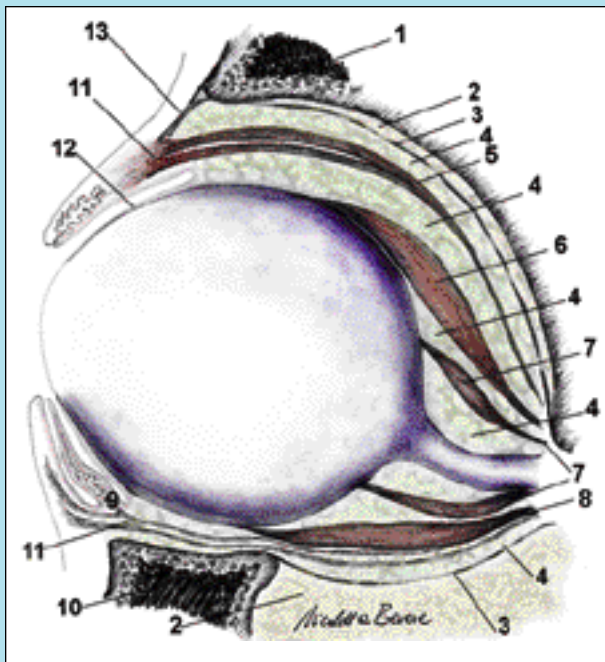


FIGURA 1 - Sezione sagittale dell'orbita del cane: 1 osso e seno frontale; 2 tessuto adiposo extra-periorbitale; 3 periorbita; 4 tessuto adiposo intra-periorbitale; 5 m. elevatore della palpebra superiore e m. di Muller; 6 m. retto dorsale; 7 m. retrattore del bulbo; 8 m. retto ventrale; 9 retinacolo della ghiandola della terza palpebra; 10 osso zigomatico; 11 fasce orbitali; 12 capsula di Tenone.

bo. La cavità orbitale è rivestita internamente dalla periorbita, una membrana connettivale imbutiforme che si inserisce aboralmente attorno al foro ottico e anteriormente sul margine che delimita l'entrata della cavità orbitaria. Il tessuto adiposo intraorbitale si estende sia all'esterno della periorbita, tra questa e la cavità orbitale, come corpo adiposo extra-periorbitale, che all'interno della periorbita, come corpo adiposo intra-periorbitale, occupando tutti gli spazi lasciati da muscoli, vasi e nervi, e avvolgendo il ramo verticale della cartilagine della terza palpebra. Anteriormente il tessuto adiposo extra-periorbitale è mantenuto nella propria sede dalle strette connessioni che la periorbita contrae con il periostio della cavità orbitale, mentre il tessuto adiposo intra-periorbitale è trattenuto all'interno della periorbita sia dal setto orbitale, lamina connettivale che origina dalla periorbita e si prolunga in ciascuna palpebra fondendosi con il tarso, che dalle fasce orbitali (superficiale e profonda), sottili lamine fibrose dipendenti dalle fasce dei muscoli oculari estrinseci. Tali fasce orbitali, altrimenti dette fasce muscolari, si irradiano distalmente nelle due palpebre nonché, la sola fascia profonda, anche in corrispondenza del margine corneale della sclera (11, 15) (Fig. 1).

CASO CLINICO

Un cane meticcio, maschio, di sette anni di età, del peso di 40 kg, viene presentato alla visita a causa di una tumefazione sottocongiuntivale a carico del fornice inferiore dell'occhio sinistro, comparsa improvvisamente



FIGURA 2 - Aspetto della lesione a livello dei quadranti ventrali temporale e nasale dell'occhio sinistro.

circa due mesi prima e poi lentamente aumentata di volume. L'anamnesi non mette in evidenza alcun evento traumatico. Durante l'esame obiettivo generale non si osserva alcuna particolare alterazione del normale stato di salute, mentre durante l'esame oftalmologico è possibile rilevare a carico dell'occhio sinistro un moderato enoftalmo, associato ad una massa epibulbare che occupa i quadranti ventrali temporale e nasale (Fig. 2). La tumefazione, che appare rivestita di normale congiuntiva di colore rosa parzialmente pigmentata, risulta di consistenza molle-elastica, non dolente e parzialmente riducibile. Inoltre fornisce reperti di normalità la visita oculistica, compresi il test di Schirmer, la colorazione con fluoresceina, la tonometria per indentazione, l'oftalmoscopia diretta ed indiretta previa dilatazione pupillare (mediante tropicamide, Visumidriatic 1%® Visufarma) e l'esame neuro-oftalmologico. Anche l'occhio destro risulta normale. Al termine della visita clinica, tramite aspirazione della tumefazione con ago da 20 G (previa instillazione di una goccia di ossibuprocaina, Novesina® Mpharm), si ottiene un campione da sottoporre ad esame citologico. Il materiale raccolto risulta omogeneamente chiaro, incapace di trattenere la colorazione tipo-Romanowsky. Con il paziente in anestesia generale gassosa (isofluorano) si procede quindi all'esplorazione chirurgica dell'area colpita. La congiuntiva e la cornea vengono preparate tramite irrigazione del sacco congiuntivale con iodio-povidone diluito 1:50 in soluzione salina sterile. La congiuntiva immediatamente sovrastante la massa viene quindi incisa parallelamente al margine palpebrale a circa 4-5 mm dal limbo e per una lunghezza di circa 5-6 mm. Il controllo dell'emostasi viene effettuato mediante delicato tamponamento. Attraverso tale breccia si procede all'asportazione della massa. La piccola incisione chirurgica viene poi lasciata guarire come ferita aperta. L'aspetto macroscopico del tessuto asportato, valutato in seguito alla sua escissione, è in tutto simile a quello del tessuto lipidico, così come

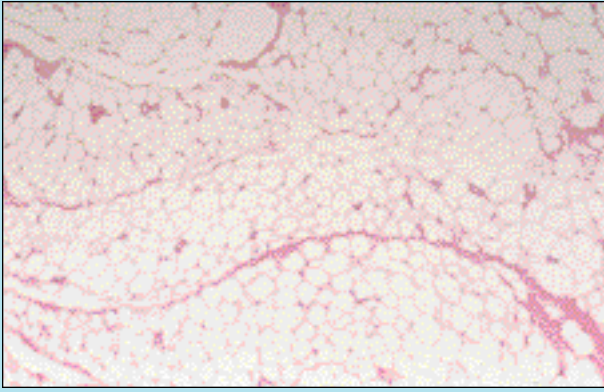


FIGURA 3 - Sezione istologica della massa escissa. 100 X. Colorazione ematossilina-eosina.

dimostra l'esame istologico effettuato in seguito, il cui referto è di normale tessuto adiposo (Fig. 3). Nei cinque giorni successivi all'intervento viene instaurata una terapia locale antibiotica a base di colistina-rolitetraciclina-cloramfenicolo (Colbiocin®, Sifi) (1 goccia, 4 volte al dì) e antinfiammatoria a base di piroxicam (Flogostil®, Centralvet-Vetem) (1 goccia, 2 volte al dì). Al paziente viene applicato un collare elisabetiano per una settimana. Controlli a 7 e 14 giorni dall'intervento chirurgico mostrano una netta riduzione delle dimensioni della tumefazione (Fig. 4) e la sua aumentata riducibilità se confrontata con la condizione preoperatoria. La sintomatologia è rimasta stazionaria durante i successivi 6 mesi. In base all'aspetto clinico della lesione, all'esito dell'esame istologico effettuato sulla massa ed al suo comportamento biologico apparentemente benigno, viene emessa diagnosi di EGI.

DISCUSSIONE

L'EGI è una patologia di raro riscontro che in Medicina veterinaria è stata descritta nel cane^(3,9), nel cavallo^(1,4,6) e nel bovino⁽¹⁵⁾. Nel cane, analogamente a quanto ipotizzato per l'uomo, una delle eziopatogenesi proposte attribuisce la dislocazione del tessuto adiposo al cedimento del setto orbitale. L'indebolimento del setto si verificherebbe, secondo questa ipotesi, in seguito a fenomeni degenerativi legati all'invecchiamento.^(5,10,12) Inoltre, secondo altri Autori, il cedimento delle sottili fasce orbitali, che concorrono assieme al setto al contenimento del tessuto adiposo nella propria sede, potrebbe essere secondario in alcuni casi a fenomeni flogistici a carattere cronico interessanti l'episclera e/o la sclera.⁽³⁾ È stato infine proposto un terzo meccanismo eziopatogenetico, secondo il quale un trauma acuto, che determini la rottura del setto orbitale, potrebbe essere all'origine dell'ernia.⁽⁵⁾ Nonostante molti Autori, nel formulare un'ipotesi patogenetica, menzionino la rottura del setto orbitale, a nostro parere questa evenienza non è da considerarsi essenziale in corso di EGI, in quanto, indipendentemente dalla sede dell'ernia, è sufficiente che cedano le fasce orbitali a livello della loro inserzio-



FIGURA 4 - Aspetto postoperatorio della lesione (14° giorno).

ne epibulbare per consentire la dislocazione del tessuto adiposo intraorbitale. In particolare poi, nel caso in cui l'ernia si sviluppi ventralmente, come nel caso clinico qui presentato, il cedimento del setto orbitale non sembra davvero una spiegazione convincente, in quanto tale struttura fibrosa è particolarmente sviluppata solo lungo il margine dorsale dell'orbita. L'EGI tipicamente si manifesta come una tumefazione di colore rosa pallido rivestita di normale congiuntiva bulbare, "soffice" alla palpazione, spesso parzialmente riducibile, non dolente, eventualmente con una modesta tendenza ad aumentare di volume, ma mai localmente invasiva. Generalmente, ad esclusione di un enoftalmo di grado variabile, non sono presenti altri segni o sintomi a carico delle strutture oculari secondari a tale affezione.^(3,5,7) Nel diagnostico differenziale si devono prendere in considerazione principalmente lesioni di tipo infiammatorio (episclerite nodulare), collezioni (cisti lacrimali, mucocele della ghiandola zigomatica), e lesioni neoplastiche (lipoma, melanoma limbare scarsamente pigmentato, ecc.).^(5,6,8) A tale riguardo l'esame ecografico dell'orbita può escludere la presenza nell'area retrobulbare di lesioni occupanti spazio, eventualmente responsabili dell'enoftalmo ed eventualmente riferibili alla massa evidente in sede epibulbare. La scansione ecografica inoltre può esaminare l'ecostruttura stessa di tale massa: questa, in corso di EGI, genera echi del tutto simili a quelli generati dal corpo adiposo retrobulbare. Per l'esame dell'orbita sono indicate anche la risonanza magnetica nucleare (RMN) e la tomografia computerizzata (TC). L'esame citologico della lesione permette, in caso di EGI, di prelevare materiale omogeneamente chiaro incapace di trattenere le colorazioni di tipo-Romanowsky, quindi presumibilmente riconducibile a tessuto adiposo. L'esame citologico deve essere in seguito confermato dall'esame istologico. Una volta ottenuta la diagnosi definitiva, il trattamento proposto per l'EGI sia in Medicina umana che in Medicina veterinaria è rappresentato dall'escissione chirurgica della massa, volta a risolvere sia il difetto estetico che l'eventuale disturbo funzionale legato all'interferenza della massa con la chiusura delle palpebre, come riportato nell'uomo. L'exeresi chirurgica della massa erniata, può eventualmente essere seguita

dalla sutura della congiuntiva alla sottostante sclera. Recentemente per il trattamento dell'EGI in Medicina umana, è stata sperimentata con successo la riduzione dell'ernia, senza escissione del grasso erniato, seguita dalla fissazione della congiuntiva alla sclera circa 8-10 mm posteriormente al limbo corneosclerale, nell'area in cui è avvenuta l'EGI.⁽¹³⁾ In Medicina veterinaria, a conoscenza degli Autori la riduzione dell'ernia non è mai stata proposta, mentre sembra che la sola escissione del tessuto erniato sia una tecnica efficace e definitiva, indipendentemente dal fatto che venga seguita o meno dalla ricostruzione del difetto creatosi nel setto e/o nelle fasce orbitali.⁽³⁾

CONCLUSIONI

Il caso clinico qui descritto risulta essere, a conoscenza degli Autori, la prima segnalazione in letteratura di EGI localizzata a carico dei quadranti ventrali dell'occhio nel cane. Questa patologia, pur essendo stata oggetto solo di rare segnalazioni, trova ampio spazio di interesse nell'ambito della diagnostica differenziale di qualsiasi tumefazione epibulbare a carico dei quadranti dorsali o ventrali dell'occhio. Sebbene l'EGI appaia fondamentalmente una patologia oculare benigna, resta tuttavia auspicabile che ulteriori segnalazioni ne chiariscano l'eziopatogenesi e il comportamento biologico, e ne migliorino l'approccio diagnostico e terapeutico.

Parole chiave

Grasso intraorbitale, tumefazione congiuntivale, ernia, cane.

Key words

Orbital fat, conjunctival swelling, hernia, dog.

Bibliografia

1. Bedford P.G.C., Barnett K.C., Boydell P., Haizelden N. Partial prolapse of the antero-medial corpus adiposum in the horse. *Equine Vet. J. (supplement)*, 1990, vol. 10, pp. 2-4.
2. Blogg J.R. *The Eye in Veterinary Practice*. W.B. Saunders, Philadelphia.
3. Boydell P., Peterson S. and Pike R. Orbital fat prolapse in the dog. *J.S.A.P.*, 1996, vol. 37, pp. 61-63.
4. Boydell P., Schrammer A., Pike R. Corpus adiposum prolapse in the horse: 6 cases. *Equine Vet. Education*, 1996, vol. 6, pp. 128-129.
5. Davidson M. Swelling of the nictitans or medial canthal region. *Atti 42° Congresso Nazionale SCIVAC*.
6. Gelatt K.N. Herniation of orbital fat in a colt. *Vet. Med.*, 1970, vol. 65, p. 146.
7. Gelatt K.N. *Veterinary Ophthalmology*. Lippincott Williams & Wilkins ed. Third Ed. 1999.
8. Grahn B., Wolfer F. *Diagnostic ophthalmology*. Canadian Vet. J., 1993, vol. 34, p. 509.
9. Martin C.L., Kaswan R.L., Doran C.C. Cystic lesions of the periorbital region. *Compendium on Continuing Education for the Practicing Veterinarian*, 1987, vol. 9, pp. 1022-1027.
10. McNab A.A. Subconjunctival fat prolapse. *Aust. N.Z.J. Ophthalmology*, 1999, vol. 27, n. 1, pp. 33-36.
11. Nickel R., Schummer A., Seiferle E. *Trattato di anatomia degli animali domestici IV*. Prima edizione italiana. Casa editrice Ambrosiana Milano, 1979, pp. 377-382.
12. Offret H., Labetoulle M., Frau E. Subconjunctival adipose hernias of the orbit. *J. Fr. Ophthalmology*, 1997, vol. 20, n. 8, pp. 614-618.
13. Otaka I., Kyu N. A new surgical technique for the management of orbital fat prolapse. *Am. J. Ophthalmology*, 2001, vol. 131, n. 2, pp. 267-269.
14. Slatter. *Fundamentals of veterinary ophtalmology*. Second Edition, W.B. Saunders Company, 1990, pp. 126-127.
15. Slatter. *Fundamentals of veterinary ophtalmology*. Second Edition, W.B. Saunders Company, 1990, pp. 478-511.