

“LE LESIONI TRAUMATICHE E CHIRURGICHE”

Elia Ricci

Per convenzione definiamo queste ferite come acute, sia per la rapidità con cui si instaura la lesione, sia per la concomitante assenza di patologie atte ad arrestare il processo cicatriziale.

Possiamo definirle sia in base all'agente causale (Tab. 1), sia in base all'interessamento in profondità (Tab. 2) od in estensione (Tab. 3).

AGENTE	FERITA
Tagliente	Da taglio/chirurgiche
Contundente diretto	Lacerocontusa
Contundente tangenziale	Abrasione
Calore	Ustione
Freddo	Congelamento
Acido/Base	Da caustici
Radiazioni	Attiniche

Tabella 1: suddivisione delle ferite acute in base alla causa

GRADO	ESTENSIONE
I	Lesione limitata all'epidermide
II	Interessamento esteso al derma
III	Interessamento del grasso sottocutaneo sino alla fascia muscolare che appare indenne
IV	Interessamento dell'apparato locomotore e/o delle cavità

Tabella 2: suddivisione delle ferite in base all'interessamento in profondità

ESTENSIONE	DEFINIZIONE
Senza perdita di sostanza	Ferita variamente estesa in profondità i cui margini sono facilmente avvicinabili. Il più tipico esempio è quella chirurgica
Con perdita di sostanza	Ferita i cui bordi non sono avvicinabili se non ricorrendo a tecniche di chirurgia plastica

Tabella 3: Suddivisione in base all'estensione

In entrambi i casi, l'agente che determina la comparsa della lesione è esterno e la sua durata limitata nel tempo. La differenza fra una ferita chirurgica e una traumatica consiste nel fatto che mentre la prima è una lesione intenzionale e predeterminata, in cui il rischio può essere preventivato e minimizzato, nelle seconde questo non avviene. In entrambi i casi si tratta di compiere gli stessi passaggi, anche se preventivi in chirurgia e dopo l'avvenuta lesione in traumatologia. Valutazione della situazione generale e ricerca delle patologie che possono portare ad un ritardo della cicatrizzazione. Ovviamente si dovrà

provvedere alla correzione delle situazioni di alterazione rilevate, portando così il trattamento ad un semplice provvedimento locale, pertanto di più facile gestione. Discorso a parte il grande ustionato, dove la lesione stessa porta il paziente a rischio di vita, ma si tratta di un argomento complesso e ultraspecialistico che esula da questa trattazione. Una volta definito il quadro generale si provvederà alla valutazione della ferita per poter definire quale sia la miglior via di cicatrizzazione da perseguire (Tab. 4).

Ferita	cicatrizzazione	
Lineare	Prima intenzione	Avvicinamento dei bordi con produzione di un minimo tessuto di granulazione ed esito in cicatrice lineare
Con perdita di sostanza	Seconda intenzione	Proliferazione tessutale sino a ripristino della continuità tessutale, esita in una cicatrice spesso rigida. Distinguiamo due modalità in base alla profondità della lesione
1. Superficiale (I – II)	Riepitelizzazione	Migrazione di cellule epiteliali dai margini di ferita con andamento centripeto. Restitutio ad integrum
2. Profonda (III – IV)	Granulazione	Produzione di un tessuto neoformato, prevalentemente vascolare in prima istanza, sostituito in seguito da fibre di collagene e da una cicatrice spesso retraente. Non si ha Restitutio ad integrum.

Tabella 4: modalità di cicatrizzazione.

L'esame della ferita deve essere condotto come una normale valutazione clinica, comprendente anamnesi, ispezione, palpazione ed esplorazione della suddetta. Al termine della valutazione il primo punto a cui dare una risposta sarà se vi è un interessamento di organi cavi o sanguinamento, in caso di risposta affermativa il paziente deve afferire ad un dipartimento chirurgico di emergenza.

Qualora la lesione sia limitata ai tegumenti o all'apparato locomotore, sarà compito del medico scegliere fra una prima od una seconda intenzione; questa decisione dovrà tenere conto soprattutto di alcuni fattori:

SEGNI CLINICI	SI	NO
Estensione longitudinale: margini avvicinabili	Prima	Seconda
Ampie sottominature	Seconda	Prima
Cute perilesionale integra	Prima	Seconda
Ferita detersa	Prima	Seconda
Ferita necrotica	Seconda	Prima
Ferita infetta	Seconda	Prima

Corpi estranei	Seconda	
		Prima
Secrezioni abbondanti	Seconda	
		Prima

Tab. 5: criteri di scelta

Una volta valutate le possibilità di riparazione della ferita si tratta di attuare le manovre idonee per ottenere la cicatrice.

Prima intenzione: affrontamento diretto dei margini e loro sutura o sintesi, evento comune nelle sequele chirurgiche può essere riproposto anche in alcune lesioni traumatiche. È il sistema più rapido e semplice per ottenere la risoluzione. Una volta suturata la lesione ed eventualmente provveduto a somministrare antibiotici a scopo profilattico, si tratterà di proteggere la ferita dagli agenti esterni. A questo scopo medicazioni di tipo semioclusivo trovano oggi sempre più ampio impiego, sia per la loro sicurezza che per la semplicità d'uso.

Seconda intenzione: valutato come la lesione non possa ottenere una rapida guarigione diretta, possiamo ancora scegliere fra due strade, chirurgia plastica e medicazione. *Chirurgia plastica*, trova la sua indicazione nel trasformare una ferita destinata ad una risoluzione lenta, in una lesione in grado di risolversi per prima. È soprattutto indicata in quelle lesioni profonde che hanno portato all'esposizione di parti dell'apparato locomotore, dove una cicatrice rigida potrebbe essere causa di limitazione funzionale, le possibilità chirurgiche sono infinite, controindicazioni patologie scompensate, età, mancata accettazione. *Medicazione*, si tratta della strada più lenta perseguibile in tutti i casi in cui non vi sia indicazione ad una riparazione di tipo plastico. I principi base di una buona medicazione sono ormai codificati, le metodiche di tipo avanzato, soprattutto in questo campo possono dare risultati talvolta sorprendenti, anche in termini di estetica.