Le schede di
Ottica Fisiopatologica
a cura di
Maurizio Rolando e Michele Iester

DERMATITE DA CONTATTO

Michele IESTER, Maurizio METE, Maurizio ROLANDO

L'occhio è esposto quotidianamente a sostanze chimiche e la sensibilità da contatto è un problema molto frequente. In particolare la dermatite da contatto è una malattia immunologica che interessa la cute. Il quadro clinico è caratterizzato da edema, eritema, bolle e squame. Due sono le forme che dobbiamo distinguere: quella irritante e quella allergica.
La sintomatologia è successiva all'esposizione della pelle delle palpebre a differenti sostanze come farmaci, coloranti, resine vegetali, conservanti, cosmetici e metalli. In particolare lo sfregamento degli occhi con saponi per mani, detergenti o altre sostanze chimiche sono la causa principale di dermatite. Le reazioni da cosmetici interessano prima le sopracciglia e le palpebre: mascara, matite e creme per il viso, lucidi per le labbra o le palpebre (contenenti lanolina) possono essere ottimi allergeni. I parabenzeni utilizzati in molte creme e lozioni cosmetiche sono una delle cause più frequenti di dermatite. Altre sostanze possono essere: il solfato di nichel (nei gioielli), i cromati (negli oggetti in pelle o nei decoloranti), la neomicina.

La dermatite da contatto irritante è causata dagli acidi, dagli alcali, resine ed altre sostanze chimiche capaci di danneggiare la cute in seguito a contatti prolungati ed è favorita dall'eccessiva umidità della cute.
La forma allergica o ipersensibilità insorge in soggetti sensibilizzati e presuppone il coinvolgimento dell'immunità cellulo-mediata. Una volta che il soggetto si è sensibilizzato verso una sostanza chimica, la riesposizione a quella sostanza determina la comparsa di una reazione eritematosa ritardata. Normalmente le sostanze sensibilizzanti sono di basso peso molecolare (apteni) e si legano alle proteine del derma creando degli antigeni completi. La prima esposizione all'aptene sensibilizza i linfociti T, mentre la seconda provoca la risposta infiammatoria.
I sintomi del paziente sono prurito, arrossamento e gonfiore. Clinicamente la congiuntiva appare edematosa con una reazione papillare ed una vasodilatazione. Una lieve cheratite epiteliale puntata può essere presente con piccole opacità giallastre limbari (aree di necrosi). Le palpebre saranno edematose con croste, eczema e desquamazione. Una blefarite eritematosa con essudati e vescicole potrà essere presente nelle forme più acute.

I patch test sono utili per stabilire la causa della dermatite da contatto e nello scegliere la sostanza o il farmaco a cui il paziente non è allergico.

La terapia può essere sistemica, oculare e locale.

La terapia sistemica consiste nell'utilizzo di corticosteroidi sistemici per 10-15 gg fino all'attenuazione della sintomatologia. Si può provare un trattamento desensibilizzante con dosi orali o paranterali dell'antigene ma la sua efficacia è ancora dubbia.

La terapia oculare consiste inizialmente nella rimozione dell'allergene o dell'agente irritante dall'ambiente. Una volta individuato deve essere allontanato per sempre. Se insorgono anche congiuntiviti o cheratocongiuntiviti in seguito all'utilizzo di un collirio questo deve essere ovviamente allontanato per sempre.

Fig. 1. Una dermatite da contatto irritativa da cosmetici.

La terapia locale consite nell'applicazione di impacchi freddi salini sulle lesioni cutanee.
Possono essere anche utilizzati dei farmci corticosteroidi ricordando che tutto quello che viene apllicato sulla cute in prossimità della rima palpebrale (entro 1 cm) tende ad entrare nell'occhio. Consigliato pertanto è l'utilizzo di pomate cortisoniche oftalmiche.

Il miglior trattamento pertanto prevede l'allontanamento della causa scatenante e l'utilizzo di steroidi che riducono la sintomatologia ma il cui uso è sconsigliato a lungo termine.

Fig. 2. Imponente dermatite da contatto allergica, provocata da sostanze conservanti conteunute nei colliri.

Fig. 3. Dermatite da contatto irritante dovuta allo sfregamento delle palpebre con sostanze detergenti.