

LE EROSIONI RECIDIVANTI DELLA CORNEA

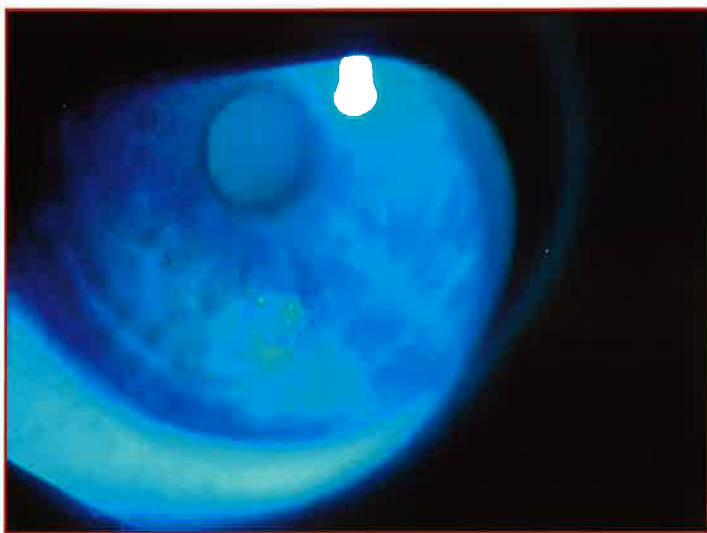
Michele Iester, Francesca Scrimieri, Maurizio Rolando
Clinica Oculistica, Università di Genova

Le erosioni recidivanti si presentano negli occhi che hanno sofferto di un'improvvisa e lineare abrasione corneale come ad esempio una ferita da unghia (classicamente causata da bambini piccoli ai genitori o ai parenti più stretti) o da foglio di carta. Il trauma causa un'abrasione dell'epitelio che si cicatrizza velocemente e non lascia alcuna evidenza clinica del danno. Dopo un intervallo di tempo che può variare da pochi giorni ad anni, i sintomi improvvisamente riappaiono in assenza di ovvie cause. In molti casi si cicatrizzano velocemente ma periodicamente si ripresentano. Queste abrasioni si differenziano dalle piccole abrasioni corneali con corpo estraneo metallico che interessano l'epitelio corneale e lo stroma anteriore e che raramente producono una erosione ricorrente.

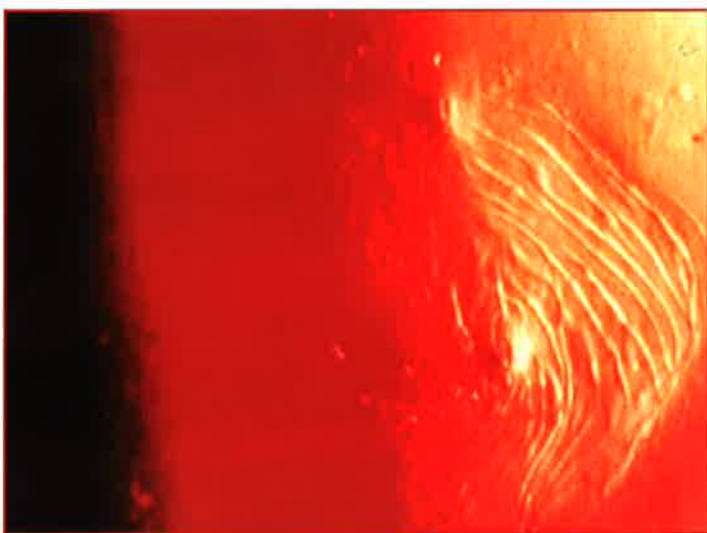
Nella maggior parte dei casi la sintomatologia caratterizzata da dolore oculare, fotofobia e lacrimazione si presenta in modo improvviso al risveglio mattutino. I segni clinici che si possono riscontrare variano da un lieve 'arricciamento' localizzato dell'epitelio ad una vera e propria abrasione. I segni clinici più leggeri si risolvono rapidamente anche nell'arco di poche ore, senza lasciare alcun segno. A volte è possibile vedere un epitelio corneale scarsamente attaccato alla sua membrana basale e a quella di Bowman durante l'attacco acuto e tra un episodio e l'altro, quando la cornea appare completamente cicatrizzata. Un esame in retroilluminazione consente spesso di identificare microbolle sottoepiteliali tra l'epitelio e la membrana basale.

È stato dimostrato che il difetto anatomico di queste lesioni è dovuto ad un'alterata coesione dell'epitelio corneale ai sottostanti strati (membrana basale e membrana di Bowman) per alterazioni della membrana basale e delle giunzioni cellulari (desmosomi). Distrofie corneali come le distrofie ad impronta digitale ('map-dot-fingerprint dystrophies') nelle quali la membrana basale dell'epitelio è similmente alterata, possono essere la causa di erosioni recidivanti. Similmente queste lesioni sono dovute, almeno in parte, alla presenza di un alterato complesso della membrana basale e alla presenza di un tessuto connettivo interepiteliale e sottoepiteliale alterato provocando un disturbo dell'adesione dell'epitelio corneale.

Non esiste una terapia definitiva per questa patologia, esistono piuttosto differenti approcci che possono incoraggiare la riepitelizzazione e prevenire la recidiva. Gli episodi acuti sono trattati con antibiotici topici, agenti cicloplegici ed un bendaggio semicompressivo per impedire alla palpebra di muoversi. Una volta cicatrizzata si possono prescrivere pomate con la funzione di lubrificazione e di agente osmotico per drenare il liquido dall'epitelio e favorirne la coesione ai tessuti sottostanti, da utilizzare prima di andare a dormire. La guarigione sembra avvenire in 6-8 settimane, ma tempi più lunghi possono essere necessari. Per tanto la pomata dovrebbe essere continuata per almeno tre mesi dopo l'evento.



Piccola area di disepitelizzazione positiva alla colorazione con fluoresceina



Alla transilluminazione si nota il caratteristico aspetto della distrofia tipo "map, dot, fingerprint"

In alcuni casi può essere necessaria l'asportazione dell'epitelio corneale poco aderente con pulizia accurata del fondo della disepitelizzazione, successivamente il trattamento è con antibiotici topici, agenti cicloplegici ed un bendaggio semicompressivo: dopo la cicatrizzazione, la pomata deve essere messa per almeno tre mesi prima di andare a dormire.

Se le erosioni recidivanti continuano, si può utilizzare una lente a contatto terapeutica idrofila, meglio se silicone idrogel che garantisce un alto ricambio di ossigeno. Questa dovrebbe proteggere l'epitelio dai possibili traumi che la palpebra potrebbe causare durante gli ammiccamenti e prevenire che l'epitelio si attacchi alla congiuntiva tarsale, cosa che capita durante il sonno. Questa terapia non è risolutiva, ma può aiutare il paziente specialmente se le erosioni durano ore o giorni. Bisogna tenere presente che anche sotto la lente a contatto si possono avere delle erosioni recidivanti. La lente a contatto dovrebbe essere esaminata dopo 24 ore, 1 settimana ed 1 mese. Se ben sopportata la lente a contatto

dovrebbe essere lasciata per almeno due mesi per favorire l'adesione dell'epitelio alla membrana basale. Dopo avere tolto la lente a contatto si consiglia di mettere la pomata lubrificante alla sera per mesi.

Se il trattamento alle erosioni recidivanti non ha successo con le terapie sopra esposte, si consiglia di eseguire delle punture stromali. Dopo aver anestetizzato la cornea, con un ago 27 gauge, si procede nell'esecuzione di piccole punture che interessano la membrana basale, di Bowman e lo stroma anteriore per una profondità di circa 0.2 mm. La distanza tra una puntura e l'altra deve essere di almeno 0.5 mm e deve coprire tutta la superficie interessata dalla erosione. Questo tipo di trattamento dovrebbe facilitare l'adesione dell'epitelio agli strati sottostanti. Dopo il trattamento, si deve prescrivere antibiotici topici, agenti cicloplegici ed un bendaggio semicompressivo fino a quando l'abrasione non si è cicatrizzata, quindi continuare con pomate lubrificanti per mesi.

È utile in tutti i casi informare il paziente, scioccato dalla comparsa improvvisa di un forte dolore mattutino che si ripete, del fatto che difficilmente questa patologia porterà, se non trascurata, a problemi visivi permanenti.