

Dipartimento di Scienze Oftalmologiche e NeuroChirurgiche dell'Università di Siena

APPUNTI DI FISIOPATOLOGIA OCULARE:
ENTROPION, ECTROPION

Edoardo Motolese , P.A.Motolese

-Per studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

-Per studenti del Corso di Laurea per Ortottista Assistente di Oftalmologia

Anno 2001

Entropion

L'entropion è il rovesciamento all'interno del margine palpebrale, che provoca disagio a causa dello sfregamento delle ciglia sulla cornea.

Classificazione

- 1) Involutivo o senile.
- 2) Cicatriziale.
- 3) Congenito.
- 4) Spastico acuto.

Entropion involutivo o senile

È di gran lunga il tipo di entropion più frequente e interessa solo la palpebra inferiore. Per comprendere l'etiologia e i principi della terapia è essenziale la conoscenza dell'anatomia e della fisiopatologia della palpebra inferiore.

K113

Muscolo orbicolare

Il muscolo orbicolare palpebrale si divide in una porzione pretarsale e in una presettale. L'orbicolare presettale è ancorato al setto orbitario in modo più lasso di quanto lo sia la porzione pretarsale al tarso.

K114

K124

Con l'età i tessuti cutaneo e sottocutaneo diventano atonici, sovrabbondanti e meno aderenti al muscolo orbicolare. Durante la chiusura palpebrale, la palpebra inferiore sale e la porzione presettale dell'orbicolare tende a sovrapporsi a quella pretarsale. Ciò allontana il margine tarsale inferiore dal bulbo, mentre quello superiore ruota verso il bulbo; in alcuni casi l'intera

palpebra ruota e si ha un entropion.

Sospensore tarsale

Il sospensore tarsale è costituito dal tarso e dai tendini dei canti mediale e laterale. Dà stabilità orizzontale alla palpebra inferiore mantenendola aderente al bulbo.

Con l'età il tarso diventa sottile e atrofico, i tendini dei canti e il muscolo orbicolare tendono a stirarsi; questi fattori sono responsabili di una lassità palpebrale orizzontale che spesso è aggravata da un enoftalmo dovuto all'atrofia del grasso orbitario. Il sospensore tarsale diventa instabile e può oscillare come un'amaca. La lassità palpebrale orizzontale si può individuare clinicamente saggiando la possibilità di allontanare la parte centrale della palpebra inferiore a più di 6 mm dal bulbo e l'incapacità della palpebra a ritornare di scatto nella sua posizione fisiologica. La lassità viene corretta chirurgicamente mediante un accorciamento palpebrale a tutto spessore.

Retrattori della palpebra inferiore

Il muscolo retto inferiore è il solo muscolo extraoculare con una duplice funzione: nello sguardo in basso abbassa il bulbo e retrae la palpebra inferiore. La seconda funzione è dovuta all'espansione capsulo-palpebrale formata dall'aponeurosi tarsale inferiore (analoga all'aponeurosi del muscolo elevatore della palpebra superiore) e dal muscolo tarsale inferiore (analogo al muscolo tarsale di Müller della palpebra superiore). Entrambi sono fissati al margine inferiore del tarso e insieme al setto orbitario, anch'esso fissato al margine tarsale inferiore, sono responsabili della stabilità verticale della palpebra inferiore.

Con l'età il setto orbitario diventa sottile e stirato e i retrattori della palpebra inferiore si indeboliscono; ciò è dovuto a una deiscenza dell'aponeurosi o a una disinserzione della sua inserzione tarsale. Questi cambiamenti diminuiscono la stabilità verticale della palpebra inferiore e rendono il margine inferiore del tarso più mobile con tendenza a ruotare verso l'esterno. La lassità dei retrattori della palpebra inferiore è riconosciuta clinicamente osservando una minore escursione della palpebra inferiore nello sguardo verso il basso. Si può correggere chirurgicamente con una plicatura dell'aponeurosi inferiore.

Terapia

La terapia mira a correggere tre fattori etiologici:

- 1) i movimenti verso l'alto del muscolo orbicolare presettale;
- 2) la lassità palpebrale orizzontale;

3) la lassità dei retrattori palpebrali inferiori.

Cauterizzazione di Ziegler. — Determina una cicatrice cutanea sotto le ciglia che corregge temporaneamente il fattore 1.

Intervento di Wies. — Consiste in un'incisione palpebrale orizzontale a tutto spessore associata a una rotazione del margine dell'incisione. La cicatrice crea una barriera tra l'orbicolare presettale e quello pretarsale (fattore 1); le suture di eversione trasferiscono la trazione dei retrattori palpebrali inferiori dal tarso alla cute ed all'orbicolare (fattore 3).

K116

Plicatura dell'aponeurosi inferiore. — Necessaria nei casi di marcata lassità dei retrattori palpebrali inferiori (fattore 3), crea anche una barriera tra l'orbicolare presettale e quello pretarsale (fattore 1). Sebbene possa essere effettuato come intervento d'elezione, alcuni Autori riservano questo intervento ai casi di recidiva in seguito a un intervento di Quickert.

K117

Intervento di Fox. — Consiste nell'escissione di un triangolo di tarso e congiuntiva a base fornice. Sebbene sia un intervento facile, presenta un'elevata incidenza di recidive.

K118

Entropion cicatriziale

L'entropion cicatriziale in genere è causato dalla cicatrizzazione della congiuntiva palpebrale che stira il margine verso il bulbo. Le cause più importanti sono: pemfigoide oculare cicatriziale, sindrome di Stevens-Johnson, tracoma e causticazioni chimiche. Può interessare entrambe le palpebre. In casi lievi a carico della palpebra inferiore è sufficiente un intervento di Wies; in casi più gravi è tuttavia necessaria una sostituzione della congiuntiva cicatrizzata con un trapianto di mucosa.

Entropion congenito

L'entropion congenito è raro ed è causato dall'ipertrofia della cute e del muscolo orbicolare sottostante. È caratterizzato dalla rotazione del margine palpebrale inferiore verso il bulbo e dall'assenza della piega palpebrale. Generalmente persiste ed è necessario un intervento chirurgico.

K119

L'entropion congenito va differenziato dall'*epiblefaron*. Questa è una patologia più frequente, caratterizzata da un'ipertrofia cutanea che in genere interessa solo la parte mediale

della palpebra inferiore, sebbene in alcuni casi tutta la palpebra possa risultare coinvolta. La piega palpebrale è assente oppure molto vicina al margine palpebrale. Le ciglia assumono una direzione verticale e possono traumatizzare la cornea, specialmente nello sguardo in basso. Spesso si risolve spontaneamente entro i 2 anni, ma in presenza di danni corneali è necessario intervenire chirurgicamente.

Entropion spastico acuto

È dovuto a uno spasmo del muscolo orbicolare in seguito a blefarospasmo essenziale o a irritazione oculare, ad esempio da trichiasi. Spesso si assiste a una risoluzione dopo la rimozione dei fattori causali.

Ectropion

È il rovesciamento all'esterno del margine palpebrale, spesso associata a epifora e congiuntivite cronica. Casi di lunga durata possono dar luogo a ipertrofia e cheratinizzazione congiuntivale.

Spesso è presente anche una lassità dei tendini dei cantini interno ed esterno che può essere dimostrata clinicamente da un marcato spostamento temporale del puntino lacrimale inferiore in seguito a trazione laterale della palpebra stessa.

Classificazione

- 1) Involutivo o senile.
- 2) Cicatriziale.
- 3) Congenito.
- 4) Paralitico.

Ectropion involutivo o senile

Presenta numerosi caratteri in comune con l'entropion involutivo: interessa la palpebra inferiore di soggetti anziani e i mutamenti fisiopatologici sono simili. È caratterizzato da un'eccessiva lunghezza orizzontale della palpebra, associata a lassità della porzione pretarsale dell'orbicolare.

Ectropion cicatriziale

Causato da una cicatrizzazione o da una contrattura della cute e dei tessuti sottostanti che evertono la palpebra. Le cause più importanti sono:

tumori, traumi e ustioni. I casi più gravi sono trattati con l'escissione del tessuto cicatriziale e con plastica a o trasposizione di lembi cutanei o trapianto cutaneo.

Ectropion congenito

È raro e può essere associato a blefarofimosi; in casi gravi può essere necessario un trapianto cutaneo.

Ectropion paralitico

Causato da una paralisi del nervo faciale, generalmente non è grave, a meno che non si associ a una preesistente lassità palpebrale orizzontale.

Quadro clinico della paralisi del nervo faciale

L'indebolimento dell'orbicolare provoca: ammiccamento incompleto, incapacità di chiudere le palpebre (lagofalmo) ed epifora dovuta all'insufficienza della pompa lacrimale. L'indebolimento di altri muscoli faciali provoca incapacità di elevare normalmente il sopracciglio, solchi cutanei frontali meno marcati durante il tentativo di elevare il sopracciglio, solco naso-labiale meno marcato e diminuita capacità di corrugare la bocca.

Terapia

La scelta dell'intervento dipende principalmente dal grado di lassità palpebrale orizzontale.

Gli interventi più comuni sono:

- 1) Intervento di Bick: consiste in un'escissione a tutto spessore di un cuneo di palpebra a livello del canto esterno.
k122.
- 2) Intervento di Fox: consiste nell'escissione di un triangolo di tarso e congiuntiva a base margine palpebrale (al contrario dell'entropion).
- 3) Intervento di Kuhnt-Szymanowski modificato: l'inconveniente dell'intervento precedente è che, nonostante la palpebra venga accorciata, persiste la lassità specialmente a livello del puntino. Per questo è necessario elevare la palpebra mediante l'escissione di un triangolo di cute al canto esterno, combinata con l'escissione a tutto spessore, esclusa la cute, di un pentagono a base margine palpebrale, a livello del terzo

esterno della palpebra (modificazione di Byron Smith). In presenza di un'eccessiva lassità del tendine del canto mediale, questo va accorciato prima di decidere l'entità dell'escissione.

K123

4) Intervento di Celso

Tc149