

Trichiasi, distichiasi, ciglia aberranti

Carlo Graziani - Torino
Carlo Orione - Genova

- ✓ Le posizioni anomale delle ciglia e le malposizioni del margine palpebrale spesso coesistono; queste possono avere cause infiammatorie, infettive, autoimmuni o iatrogene che determinano processi infiammatori-cicatriziali a carico del bordo palpebrale e dei bulbi piliferi in esso contenuti.
- ✓ Il trattamento medico locale delle malposizioni delle ciglia ha il solo scopo di ridurre la sintomatologia irritativa.
- ✓ Le procedure chirurgiche variano a seconda dell'estensione delle malposizioni e sono riconducibili a due categorie: «distruzione» e/o «riposizionamento» di ciglia/follicoli.

DEFINIZIONE

Nella palpebra superiore sono presenti approssimativamente 100 ciglia, 50 in quella inferiore.

Le ciglia hanno origine dalla porzione anteriore del margine palpebrale, davanti al piatto tarsale (lamella anteriore), e sono disposte su 2 o 3 file. Alcune ciglia possono trovarsi a livello della caruncola.

Dal punto di vista embriologico le ciglia e le ghiandole di Meibomio si differenziano durante il secondo mese di gestazione, a partire da medesime cellule epiteliali germinali⁽¹⁾.

Trichiasi: alterato orientamento delle ciglia che, pur nascendo fisiologicamente a livello della lamella anteriore, vengono a contatto con la superficie oculare.

Le ciglia con anomala direzione possono interessare l'intera palpebra superiore e/o inferiore, o una sua porzione.

Distichiasi: presenza di una doppia fila di ciglia, una derivante dalla lamella anteriore e l'altra, metaplasica, dalla lamella posteriore (orifici delle ghiandole di Meibomio).

Ciglia aberranti: ciglia metaplasiche che hanno origine dagli orifici delle ghiandole di Meibomio, localizzate nella lamella posteriore (Fig. 4.1).

Tutte le malposizioni delle ciglia possono causare irritazione oculare, epifora, abrasioni e/o ulcere corneali con perdita di trasparenza della cornea e riduzione più o meno grave del visus⁽²⁾.



Fig. 4.1

Ciglio aberrante.

CLASSIFICAZIONE

Le malposizioni del margine palpebrale e l'anomala posizione delle ciglia spesso coesistono. Cause infiammatorie (blefarite cronica; sindrome di Stevens-Johnson; cheratocongiuntivite primaverile), infettive (tracoma; herpes zoster; parassitosi: *dermodex folliculorum*) (Fig. 4.2), autoimmuni (pemfigoide oculare cicatriziale), o iatrogene (conseguenti a interventi chirurgici di: blefaroplastica inferiore, correzione di frattura del pavimento orbitario, enucleazione, correzione ectropion; secondari a traumi da agenti chimici o fisici)⁽³⁾ determinano processi infiammatori a carico del bordo palpebrale e dei bulbi piliferi in esso contenuti.

La cicatrizzazione postinfiammatoria può indurre alterazioni della normale struttura anatomica palpebrale con conseguente malposizione delle ciglia (*trichiasi*).

La *distichiasi* può essere acquisita o congenita⁽¹⁾. La forma acquisita è secondaria a processi infiammatori, infettivi, autoimmuni o traumatici che coinvolgono il bordo palpebrale.

La forma congenita può essere ereditata con meccanismo autosomico dominante, ma può anche essere associata a ptosi, strabismo, difetti cardiaci congeniti, disostosi mandibolo-facciale o a linfedema congenito⁽⁴⁾. Può rimanere asintomatica fino all'età di 4-6 anni, quando le ciglia dirette

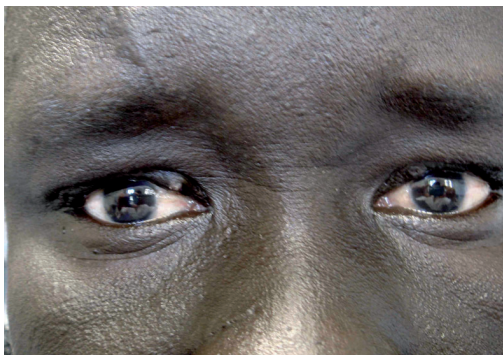


Fig. 4.2

Tracoma.

contro la superficie oculare diventano più robuste, aumentando la loro azione abrasiva.

L'eziopatogenesi delle ciglia aberranti è correlata alla mancata differenziazione in ghiandole di Meibomio delle cellule germinali epiteliali, che diventano così unità pilosebacee.

TERAPIA MEDICA

Il trattamento medico locale delle malposizioni delle ciglia, con lubrificanti in gocce, con creme o mediante l'applicazione di lente a contatto terapeutica, ha il solo scopo di ridurre la sintomatologia irritativa conseguente allo sfregamento delle ciglia contro la superficie oculare.

TERAPIA CHIRURGICA

Molteplici procedure chirurgiche sono state descritte per il trattamento delle malposizioni delle ciglia⁽⁵⁾. A seconda dell'estensione di tali malposizioni sono utilizzabili tecniche differenti (Tab. 4.I)⁽⁶⁻¹³⁾.

Le varie procedure riconducibili alle due categorie *distruzione e/o riposizionamento* di ciglia/follicoli, possono essere utilizzate separatamente o in associazione.

Le tecniche di *riposizionamento*, comunemente utilizzate per la correzione dell'entropion, possono talvolta risultare utili al trattamento delle malposizioni delle ciglia in quanto le malposizioni del margine palpebrale e la trichiasi spesso coesistono (Tab. 4.II), mentre le tecniche di *distruzione* di ciglia e follicoli sono utilizzate in maniera specifica per il trattamento delle malposizioni delle ciglia.

COMPLICANZE IATROGENE

Possibili complicanze intra- e postoperatorie, da discutere con il paziente, sono: il sanguinamento, l'infezione, la recidiva, il re-intervento, le cicatrici e l'alterazione del normale profilo palpebrale.

Tutte le malposizioni palpebrali, se non trattate, possono determinare abrasioni, leucomi corneali, cheratiti e cecità.

Tabella 4.I
Tecniche di «distruzione» di ciglia e follicoli

LOCALIZZATA	LIMITATA	ESTESA A TUTTA LA PALPEBRA
Epilazione: spesso lascia il follicolo <i>in situ</i> e generalmente costituisce un trattamento temporaneo. Quando le ciglia ricrescono, si presentano più corte e robuste, determinando maggior irritazione oculare.	Resezione a tutto spessore.	Criocoagulazione: può determinare retrazione cicatriziale della lamella posteriore.
Elettrolisi (Fig. 4.3): estremamente efficace e rapida, prevede l'elettrocoagulazione del follicolo pilifero mediante un piccolo elettrodo filiforme. Generalmente non comporta complicazioni di tipo cicatriziale se sono stati trattati pochi bulbi.	Frattura tarsale + criocoagulazione o elettrolisi diretta con microscopio.	Frattura tarsale + elettrolisi diretta con microscopio.
Argon laser, laser a Diodi.		
Trefinazione.		

Tabella 4.II
Tecniche di «riposizionamento» di ciglia e follicoli

Riposizionamento della lamella anteriore: molto efficace nei casi di pemfigoide oculare cicatriziale in quanto permette di allontanare le ciglia dal margine palpebrale lasciando indisturbata la congiuntiva (Fig. 4.4).

Frattura tarsale trans-congiuntivale con rotazione palpebrale marginale: si esegue nei casi di tracoma con importante cicatrizzazione della lamella posteriore.

Tecniche di allungamento della lamella posteriore (innesto membrana mucosa, palato duro, recessione dei retrattori): utile quando sia presente accorciamento e cicatrizzazione della lamella posteriore. Sconsigliato nel Pemfigoide Oculare Cicatriziale senza previa immunosoppressione sistemica.

Plicatura dei retrattori palpebrali inferiori + strip tarsale laterale.



Fig. 4.3

Elettrolisi.



Fig. 4.4

Riposizionamento della lamella anteriore.

BIBLIOGRAFIA

1. Scheie HG, Albert DM. Distichiasis and trichiasis: origin and management. *Am J Ophthalmol* 1966;61:718-720.
2. West ES, Munoz B, Imeru A. The association between epilation and corneal opacity among eyes with trachomatous trichiasis. *Br J Ophthalmol* 2006;90:171-174.
3. Collin RJO. Entropion and trichiasis. In: A Manual of Systemic Eyelid Surgery. New York: Churchill-Livingstone;1989:7-26.
4. Samlaska CP. Congenital lymphedema and distichiasis. *Pediatr Dermatol* 2002 Mar-Apr;19(2):139-141.
5. Bartley GB, Bullock JD, Olsen TG, Lutz PD. An experimental study to compare methods of eyelash ablation. *Ophthalmology* 1987;94:1286-1289.
6. Johnson RL, Collin JR. Treatment of trichiasis with a lid cryoprobe. *Br J Ophthalmol* 1985;69:267-270.
7. Wojono TH. Lid splitting with lash resection for cicatricial entropion. *Ophthalmic Plast Reconst Surg* 1992;8:287-289.
8. Wood JR, Anderson RL. Complications of cryosurgery. *Arch Ophthalmol* 1981;99:460-463
9. West ES, Alemayehu W, Munoz B. Surgery for Trichiasis, Antibiotics to prevent Recurrence (STAR) Clinical Trial methodology. *Ophthalmic Epidemiol* 2005;12:279-286.
10. Tirakunwichcha S, Tinnangwattana U, Hiranwiwatkul P. Folliculectomy: management in segmental trichiasis and distichiasis. *J Med Assoc Thai* 2006;89:90-93.
11. Kersten RC, Kleiner FP, Kulwin DR. Tarsotomy for the treatment of cicatricial entropion with trichiasis. *Arch Ophthalmol* 1992;110:714-717.
12. Jordan DR, Zafar A, Brownstein S. Cicatricial conjunctival inflammation with trichiasis as the presenting feature of Wegener granulomatosis. *Ophthal Plast Reconst Surg* 2006 Jan;22:69-71.
13. Elder MJ, Collin R. Anterior lamellar repositioning and grey line split for upper lid entropion in ocular cicatricial pemphigoid. *Eye* 1996;10:439-442.