

Cute e occhio.

La cute che ricopre le palpebre può essere sede di qualsiasi malattia dermatologica e spetta al dermatologo riconoscere e curare tali malattie. È difficile che una dermatosi che interessa la cute delle palpebre colpisca contemporaneamente la cornea o altre strutture oculari, come se esistesse un particolare tropismo d'organo e la cute delle palpebre appartenga all'organo cute e non all'organo occhio. Ad esempio due condizioni caratteristiche della diatesi atopica sono la dermatite atopica, spesso localizzata alle palpebre, e la congiuntivite primaverile, ma queste due condizioni, anche quando contemporaneamente presenti nello stesso individuo, si comportano indipendentemente e hanno una diversa storia naturale: la dermatite è più precoce e guarisce in estate, la congiuntivite inizia più tardivamente e

peggiora in estate con la fotoesposizione. Altrettanto dicasi per l'herpes simplex recidivante: pur essendo alquanto frequenti sia le localizzazioni cutanee palpebrali che la cheratite erpetica, è eccezionale che cute palpebrale e cornea siano colpite contemporaneamente (Fig. 1256).

La cute delle palpebre è sottile, facilmente sollevabile in pliche ed estensibile: di conseguenza, se c'è ritenzione idrica nell'organismo, l'edema tissutale si evidenzia prima di tutto a livello delle palpebre, sede quindi cui i nefrologi sono particolarmente attenti; inoltre l'edema infiammatorio, qualunque sia la causa responsabile, è particolarmente evidente a livello palpebrale. Le palpebre sono quindi una sede difficile, al pari del cuoio capelluto, cavo orale, unghie,



Fig. 1256: Eccezionalmente il virus Herpes simplex colpisce contemporaneamente sia la cornea, provocando una cheratite con nubecola residua, che la cute palpebrale, provocando un herpes simplex recidivante.



Fig. 1257



Fig. 1258



Fig. 1259



Fig. 1260

Fig. 1257, 1258, 1259, 1260: Ipotricosi sopraccigliare in malattie ereditarie, come displasia ectodermica (Fig. 1257) e la cheratosi follicolare decalvante (Fig. 1258), e nella tricotillomania (Fig. 1259). Nella Fig. 1260 ipotricosi da minoxidil.

regione palmo-plantare, e l'elemento confondente, che rende simili malattie morfologicamente molto diverse in altre sedi, è per le palpebre proprio l'edema, talora imponente.

Resta da dire qualcosa sui peli terminali, ciglia e sopracciglia, che segnano i confini delle palpebre: entrambe hanno una funzione protettiva sul bulbo oculare -le sopracciglia impediscono al sudore di colare nell'occhio e le ciglia sono anche una importante barriera per corpi estranei- e svolgono una importante funzione estetica.

Ciglia e sopracciglia

Ipotricosi: una diminuzione di ciglia e sopracciglia fino alla loro completa mancanza si può avere in alcune *malattie ereditarie*, come la displasia ectodermica (Fig.1257), la cheratosi follicolare spinulosa decalvante (Fig. 1258), l'uleritema ofriogene e la cheratosi follicolare rubra. Una ipotricosi si può verificare in caso di *disfunzione tiroidea*, soprattutto a carico del terzo esterno del sopracciglio. Ipotricosi delle sopracciglia e/o delle ciglia si ha anche in caso

di *alopecia areata*: la mancanza delle sopracciglia ha un significato estetico più importante rispetto a quella delle ciglia per la sua maggiore visibilità. La *tricotillomania* interessa di solito solo le sopracciglia (Fig. 1259), perché l'asportazione delle ciglia è molto più dolorosa.

Ipertricosi di ciglia e sopracciglia si può avere nella *sindrome di Cornelia de Lange*, in cui le ciglia sono più lunghe e rivolte verso l'alto e le sopracciglia sono più spesse. L'ipertricosi è un *effetto collaterale* della terapia topica con cortisone o minoxidil e della ciclosporina sistemica: la prima, oggi rara a causa della corticofobia diffusa, consiste in un ispessimento dei peli già normalmente presenti a livello della cute glabra ed è sempre reversibile alla sospensione del trattamento cortisonico; l'ipertricosi da minoxidil (Fig. 1260) si verifica soprattutto nelle adolescenti, in cui non si deve superare la concentrazione del 2%; anche la ciclosporina può avere come effetto collaterale la crescita di peli indesiderati sulla fronte e sopracciglia.

Un ciuffo di **ciglia e sopracciglia bianche** si ha nella vitiligine segmentaria (Fig. 1261) ed è spesso più evidente che nella cute glabra circostante; anche i peli in fase di ricrescita dell'alopecia areata sono inizialmente bianchi.



Fig. 1261: Vitiligine segmentaria con ciuffo di sopracciglia bianche.

Un'affezione tipica dell'età pediatrica è la **ftiriasi cigliare** (Fig. 1262), dovuta al phtirus pubis o piattola. Mentre nell'adulto la trasmissione avviene di solito per contagio sessuale, nel bambino è in gioco un contagio innocente di solito da un familiare con ftiriasi pubica. Il bambino giunge a visita più spesso per la presenza di



Fig. 1262: Lendini nella ftiriasi cigliare (cortesia della prof. Patrizi).



Fig. 1263



Fig. 1264

Fig. 1263, 1264: Cisti dermoide (Fig. 1263) e pilomatricoma (Fig. 1264) del sopracciglio.

“macchie cerulee” sul tronco, cioè di macchie bluastre probabilmente legate alla migrazione del parassita: la ftiriasi cigliare può essere inizialmente confusa con una blefarite costituzionale, ma ad una visione più ravvicinata (Fig. 1262) si osservano le tipiche lendini ovoidali e le piattole semoventi; ftiri si rinvencono spesso anche in regione retroauricolare a livello dell’attaccatura dei capelli. La terapia si fonda sull’a-

sportazione manuale, aiutandosi con un bastoncino cotonato imbevuto di vaselina, delle lendini e degli ftiri. La permetrina all’1% può essere usata per i parassiti di altre aree, compresa l’attaccatura dei capelli.

Tumefazioni persistenti. A livello delle sopracciglia la tumefazione più caratteristica è la *cisti dermoide*, di solito situata al terzo esterno del sopracciglio (Fig. 1263), che è presente dalla



Fig. 1265



Fig. 1266

Fig. 1265; 1266: Il mollusco contagioso (Fig. 1265) può localizzarsi al bordo libero della palpebra (Fig. 1266).



Fig. 1267

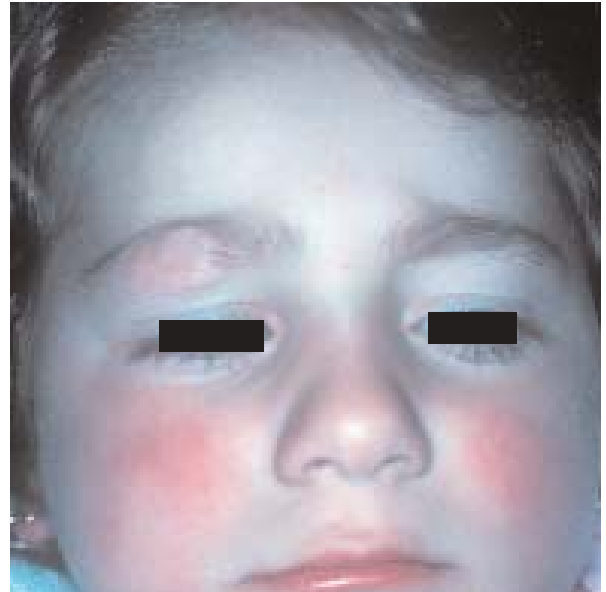


Fig. 1268

Fig. 1267, 1268: L'emangioma sopraccigliare (Fig. 1267), regredendo, lascia sopracciglia più diradate e distanziate (Fig. 1268).

nascita o si rende evidente nei primi mesi di vita: si presenta come un nodulo di forma ovoidale, ricoperto da cute normale, a superficie liscia, duro elastico, mobile sui piani superficiali e profondi, non dolente, a meno che non venga schiacciato contro l'osso sottostante. L'asportazione chirurgica è dettata da motivazioni estetiche e va fatta in anestesia generale se si interviene nella prima decade di vita; se la lesione non è clinicamente evidente, si può attendere e asportarla appena possibile in anestesia locale.

Anche l'epitelioma calcifico o *pilomatricoma* (Fig. 1264) si può localizzare a livello del sopracciglio: rispetto alla cisti dermoide, la superficie può essere più irregolare, il colorito bluastrò o giallastro, la consistenza è dura e può andare incontro a rapida tumefazione flogistica, con ritorno alle dimensioni precedenti in mesi, quando la flogosi regredisce.

Tra le tumefazioni persistenti delle ciglia ricordiamo il *mollusco contagioso* (Fig. 1265), che più di altre neoformazioni virali si localizza spesso al bordo libero delle ciglia (Fig. 1266) o tra le ciglia: si manifesta con una papula bianco-giallastra, che, a pieno sviluppo, presenta una piccola depressione centrale. La sua asportazione in questa sede è difficile e dolorosa, anche perché non sempre è possibile praticare un'anestesia; le recidive sono meno frequenti delle ver-

ruche piane. Anche queste si possono localizzare sulle palpebre, in particolare la verruca filiforme: larga 1 mm e lunga parecchi millimetri, deve essere asportata in anestesia locale, perché turba significativamente l'estetica.

Anche gli *emangiomi* possono interessare le sopracciglia (Fig. 1267, 1268), dove si comportano come altrove, cioè regrediscono in anni; ma in questa sede la regressione si accompagna di solito ad uno slargamento e a un diradamento del sopracciglio (Fig. 1268), cui non si può ovviare facilmente. Lo stesso problema si pone in questa sede, sia pure con diverso andamento clinico, per i nevi nevocellulari congeniti, che comportano la presenza di un sopracciglio con peli più spessi e più scuri, difficile da correggere chirurgicamente.

Tumefazione flogistica delle palpebre

Come abbiamo detto, l'edema flogistico e non è particolarmente accentuato a carico delle palpebre e rende meno distinte le differenze fra le diverse malattie.

L'*herpes simplex* (HS) oculare è in genere una manifestazione secondaria della malattia e ha il caratteristico andamento acuto-recidivante. Può essere interessata sia la palpebra inferiore per



Fig. 1269



Fig. 1270

Fig. 1269, 1270: L'Herpes simplex recidivante si associa ad edema palpebrale superiore (Fig. 1269) o inferiore (Fig. 1270).

estensione del frequente HS della guancia (Fig. 1270), che la palpebra superiore (Fig. 1269), eccezionalmente la mucosa (Fig. 1271, 1272). Alla palpebra superiore l'edema è particolarmente importante e può portare alla chiusura della palpebra: sull'edema spiccano le caratteristiche pustole a grappolo (Fig. 1269).

Anche l'*herpes zoster* in questa sede si associa ad edema importante e persistente; il dolore è meno importante che nell'adulto, ma presente, specie nelle forme gravi, sintomatiche di immunodepressione (Fig. 1273, 1274); caratteristica è la netta demarcazione sulla linea mediana a livello frontale (Fig 1273).



Fig. 1271

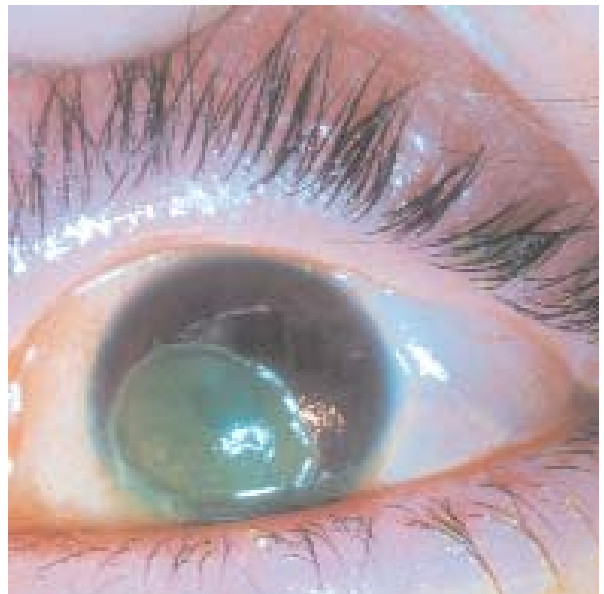


Fig. 1272

Fig. 1271, 1272: L'herpes simplex recidivante della guancia eccezionalmente si associa a congiuntivite (Fig. 1271) o cheratite: nella Fig. 1272 la fluoresceina evidenzia l'impegno corneale.



Fig. 1273: Herpes zoster oftalmico con netta delimitazione sulla linea mediana.

La *piodermite* palpebrale parte in genere dalla commissura laterale o mediale (Fig. 1275) ed è caratterizzata da lesioni umide o crostose, ma con caratteristica evoluzione periferica in giorni; l'edema è poco evidente.

L'*erisipela*, dovuta allo streptococco beta-emolitico, da solo o più spesso con lo stafilococ-



Fig. 1274: Herpes zoster oftalmico in immunodepresso con imponente edema palpebrale

co aureo, si ha in genere nei bambini immunodepressi per neoplasie o per terapie immunosoppressive ed è caratterizzata da una lesione circolare con orletto periferico rilevato e nettamente delimitato; non si osservano in genere pustole. Anche nell'*erisipela* palpebrale l'edema è imponente (Fig. 1276).



Fig. 1275

Fig. 1275, 1276: Piodermite (Fig. 1275) partita dalla commissura mediale; si noti la pustola secondaria sul naso. Nella Fig. 1276 erisipela in immunodepresso con chiusura della rima palpebrale.



Fig. 1276



Fig. 1277



Fig. 1278

Fig. 1277, 1278: Nella Fig. 1277 puntura di zanzara con edema palpebrale imponente; si notino i residui di altre punture (freccette). Leishmaniosi palpebrale (Fig. 1278).



Fig. 1279



Fig. 1280



Fig. 1281

Fig. 1279, 1280, 1281: La dermatite da processionaria è provocata da larve di farfalla (in processione nella Fig. 1281). I peli di queste larve, trasportati dal vento, provocano dermatiti in sedi esposte e possono infingersi nella cornea (Fig. 1280, freccette).

Nell'*ipersensibilità a saliva di zanzara* l'edema è imponente, soprattutto alla palpebra superiore con frequente chiusura dell'occhio (Fig. 1277): la storia parla di un edema improvviso sviluppatosi in ore e obiettivamente si vede una papula puntiforme centrale intensamente pruriginosa. La stagione estiva, la storia di pregresse punture, la presenza di altre lesioni in sedi esposte (Fig. 1277) facilita la diagnosi. L'edema regredisce in 1-2 giorni e rimane la papula puntiforme centrale.

Nella *leishmaniasi* si forma un nodulo infiammatorio duro e persistente per mesi con una zona centrale di rammollimento, eventualmente ricoperta da squamo-croste (Fig. 1278): il luogo di origine sede di endemia, la scarsa sintomatologia soggettiva, la dimostrazione di leishmanie nell'esame a fresco, praticato ai confini della zona centrale di rammollimento con una "curette", confermano il sospetto diagnostico.

Nella *dermatite da processionaria* (Fig. 1279) le lesioni cutanee sono dovute ai peli della processionaria (Fig. 1281), stadio larvale della farfalla: tali peli si liberano dal nido situato tra i rami dei pini infestati oppure dalle stesse processionarie per contrazione dei muscoli addominali. Portati dal vento, i peli irritanti arrivano in sedi esposte, comprese la congiuntiva e la cornea, in cui possono infiggersi (Fig. 1280), pro-

vocando lacrimazione e fastid intensi, fin quando vengono asportati.

La *dermatite atopica* interessa le palpebre sin dal primo anno di vita, insieme all'interessamento della fronte e delle guance; in seguito, quando regrediscono le lesioni della fronte e delle guance, rimane spesso un interessamento palpebrale, insieme all'interessamento delle labbra, soprattutto a livello delle commissure, anche in età adulta (Fig. 1283).

Le lesioni palpebrali sono in genere eritemato-edematose e l'intensità dell'edema è proporzionale alla gravità della dermatite; un edema intenso prelude alla comparsa di essudazione. L'infiammazione persistente spesso rende più evidenti le pieghe palpebrali (piega di Morgan - Fig. 1282-) e talora nel solco si forma una erosione ragadiforme; si può associare anche una ipercromia palpebrale dovuta al grattamento o meglio allo stropiccio cronico delle palpebre (occhiaie atopiche).

Caratteristicamente l'interessamento palpebrale della dermatite atopica ha, come in altre sedi, un andamento cronico-ricidivante con miglioramento estivo e peggioramento primaverile e autunnale. La blefarite atopica che interessa il bordo libero palpebrale si associa più spesso alla congiuntivite atopica che non alla dermatite delle palpebre.



Fig. 1282: Pieghe di Morgan della dermatite atopica.



Fig. 1283: Dermatite atopica palpebrale in ragazzo.



Fig. 1284



Fig. 1285

Fig. 1284, 1285: Angioedema palpebrale di un solo occhio (Fig. 1284) o asimmetrico di entrambi gli occhi (Fig. 1285).

L'orticaria a livello palpebrale è caratterizzata da edema bianco (Fig. 1284, 1285) che si instaura rapidamente in ore e porta alla riduzione della rima palpebrale, in genere asimmetrica degli occhi, talora simmetrica (Fig. 1286, 1287). La rapida regressione senza alcun esito in 1-2 giorni, la storia di pregressi episodi, la presenza di fattori favorenti, come un episodio febbrile o un malessere, permette di fare nella maggior parte dei casi la corretta diagnosi.

L'eritema fisso da farmaci, divenuto oggi più raro in Italia, dopo il ritiro dal commercio di farmaci contenenti il feprazone, è caratterizzato da lesioni eritematose o eritemato-bollose (Fig. 1289) che recidivano sempre allo stesso posto ad ogni assunzione del farmaco responsabile. Caratteristicamente, alla sospensione del farmaco, la flogosi si spegne lasciando degli esiti pigmentari violacei sulla cute (Fig. 1288), nulla sulle mucose.



Fig. 1286



Fig. 1287

Fig. 1286, 1287: Angioedema palpebrale IgE-mediato da banana, dopo 3 (Fig. 1286) e 24 (Fig. 1287) ore.



Fig. 1288



Fig. 1289

Fig. 1288, 1289: Esiti pigmentari violacei dell'eritema fisso da farmaci (Fig. 1288), in fase acuta bollosa nella Fig. 1289).

L'impegno oculare grave caratterizza anche la *necrolisi combustiforme* (sindrome di Lyell) secondaria a farmaci o infezioni virali (2): questa sindrome è caratterizzata da ampi scollamenti epidermici che fanno assumere alla cute un aspetto similustionato. Nel bambino la stessa sindrome può essere provocata anche dallo *Stafilococco aureo* (sindrome della 4 S dall'inglese, "staphylococcal scalded skin syndrome"): la diagnosi differenziale tra queste tre forme nel bambino ha una notevole importanza prognostica e terapeutica (vedi pagina 70 e 71 di questo numero); infatti la forma stafilococcica è la più grave, ma è anche quella più facilmente curabile, se riconosciuta in tempo, mentre la forma da medicinali, ad esempio quella da allopurinolo, è meno grave perché la sospensione dei farmaci sospetti è la prima misura terapeutica che si prende nell'incertezza diagnostica; la forma virale deve la sua gravità al fatto che di solito non è possibile eliminare la causa scatenante e bisogna aspettare gli esiti della battaglia tra il virus e i sistemi di difesa dell'organismo.

La diagnosi differenziale tra forma virale di necrolisi combustiforme e forma da medicamento non è possibile da un punto di vista anamnestico né morfologico (1): nell'anamnesi raramente possono essere scissi infatti i fattori eziologici virali da quelli farmacologici e, dal punto

di vista obiettivo, entrambi esordiscono con un esantema puntiforme, forse perché in entrambi i casi la patogenesi è da immunocomplessi. Rispetto a queste due forme invece la forma stafilococcica si differenzia abbastanza agevolmente per l'esistenza di un focolaio stafilococcico iniziale, come piodermite, congiuntivite, vulvovaginite, e per la mancanza di un esantema puntiforme.

Nella necrolisi combustiforme virale o medicamentosa l'impegno oculare è grave e caratterizzato da una congiuntivite o cheratocongiuntivite essudativa e sinechiante, da richiedere quindi l'intervento dell'oculista. Inoltre nella forma virale e da farmaci è più importante l'impegno delle mucose orali e genitali (3, 4). La necrolisi stafilococcica può esordire con una congiuntivite purulenta, ma se manca questa localizzazione iniziale, raramente è associata ad un impegno oculare.

La *sindrome pluriorifiziale* di Stevens-Johnson è caratterizzata dall'impegno orifiziale e periorifiziale e anch'essa può essere dovuta ad un virus o ad un farmaco: esistono forme di passaggio con l'eritema polimorfo e l'eritema fisso da medicamento, che hanno una minore gravità, e la necrolisi combustiforme, che ha una gravità ancora maggiore. L'impegno oculare non è sempre presente.



Fig. 1290: Psoriasi inversa con lesioni eritemato-desquamative a limiti netti delle regioni palpebrali mediali.

Tra le dermatiti che si associano a flogosi palpebrale ricordiamo la *psoriasi inversa*, caratterizzata dall'impegno del terzo mediale delle palpebre (Fig. 1290), soprattutto superiore: le lesioni, scarsamente o per nulla pruriginose, hanno limiti netti, eritema più o meno vivace, desquamazione fine, molto meno evidente che in sede



Fig. 1292: Sclerodermia segmentaria fronto-palpebrale.



Fig. 1291: Psoriasi grave eritrodermica. La flogosi persistente è responsabile di ectropion.

di cute spessa, come superficie estensoria di gomiti e ginocchia. Possono essere la prima e unica manifestazione psoriasica, ma di solito si associano ad altre localizzazioni di psoriasi inversa, come ascelle e regione inguinale, o classica. La psoriasi grave eritrodermica, come qualsiasi flogosi grave e persistente del volto, può associarsi ad ectropion (Fig. 1291).

Ricordiamo anche l'impegno palpebrale nelle *connettiviti*, soprattutto nel lupus eritematoso, nella sclerodermia e nella dermatomiosite.

Nel lupus eritematoso sistemico possono essere interessate simmetricamente le palpebre. Nella sclerodermia le palpebre sono interessate nella forma generalizzata cutanea, in cui l'edema flogistico cronico può causare, a livello palpebrale, delle pieghe ed erosioni simili a quelle che si verificano nella dermatite atopica. L'interessamento palpebrale si può avere anche nella sclerodermia cutanea segmentaria e nella emiatrofia facciale di Parry-Romberg. Nella forma segmentaria l'interessamento palpebrale può diventare evidente quando il soggetto tenta di chiudere l'occhio: si evidenzia allora molto meglio sia la mancanza di ciglia (Fig. 1292), che la sclerosi della cute della palpebra superiore, che impedisce una completa chiusura della rima palpebrale.

Fig. 1293, 1294, 1295: Nella dermatomiosite le palpebre sono più interessate che in qualunque altra connettivite. Si va dalle lesioni precoci di tipo eritemato-edematoso con sfumatura lillacea (Fig. 1293), alle lesioni infartuali crostose e poi atrofiche (Fig. 1295) e alle lacune ematiche (Fig. 1294), che persistono indefinitamente nel tempo.



Fig. 1294

La dermatomiosite è la connettivite con maggiore impegno palpebrale. Le sue manifestazioni precoci sono simili a quelle di una fotodermatite o di un lupus eritematoso sistemico e sono quindi caratterizzate da eritema a farfalla: ma rispetto al lupus eritematoso sistemico, le lesioni della dermatomiosite hanno una sfumatura lillacea (Fig. 1295) e, soprattutto, sono caratterizzate da un più importante edema palpebrale, anche se non si arriva mai alla chiusura della rima palpebrale (Fig. 1293). Oltre alle lesioni eritemato-

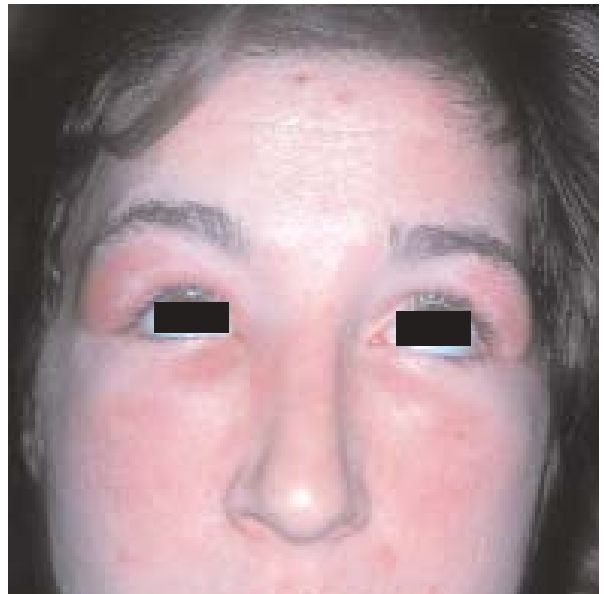


Fig. 1293



Fig. 1295

edematose, la dermatomiosite avanzata è caratterizzata da lesioni atrofiche (Fig. 1295) e da lesioni vascolari: queste ultime includono gli infarti e i laghi ematici palpebrali, che persistono indefinitamente nel tempo. Gli infarti palpebrali sono simili a quelli che si verificano in tutte le connettiviti sistemiche e si manifestano con lesioni crostose e quindi atrofiche (Fig. 1295); i laghi ematici sono delle lacune piene di sangue, che si manifestano come punti rossi (Fig. 1294) che persistono nel tempo.



Fig. 1296



Fig. 1297



Fig. 1298

Occhio e genodermatosi

La *neurofibromatosi* può manifestarsi a livello palpebrale con neuromi plessiformi, che deformano la palpebra (Fig. 1296) e alla palpazione hanno una consistenza molliccia e limiti indistinti: insorgono precocemente nei primi anni e talvolta rivelano la giusta diagnosi. Tra i criteri diagnostici primari per la diagnosi di neurofibromatosi rientrano altre due manifestazioni oculari, i gliomi del nervo ottico e i noduli di Lisch. I

Fig. 1296, 1297, 1298: Nella Fig. 1296 neuroma plessiforme della palpebra superiore sinistra in soggetto con neurofibromatosi tipo I. Nella Fig. 1297 placca fibrosa della fronte e palpebra superiore destra in soggetto con sclerosi tuberosa -si notino gli angiofibromi paranasali-. Nella Fig. 1298 ectropion in neonato con ittiosi congenita eritrodermica.

primi sono spesso una sorpresa della risonanza magnetica. I noduli di Lisch, che sono dei nevi melanocitari dell'iride, sono utili da un punto di vista diagnostico per la loro grande frequenza nell'adulto. La *sclerosi tuberosa* può essere responsabile di placche fibrose (Fig. 1297) anche sulle palpebre: spesso presenti alla nascita rendono più agevole la diagnosi. Nell'*incontinentia pigmenti* si possono avere diverse alterazioni oculari, ma la più grave è il distacco di retina, nell'*albinismo* nistagmo e fotofobia.

Nell'*epidermolisi bollosa distrofica recessiva* caratteristiche sono le bolle congiuntivali, responsabili di sintomatologia dolorosa acuto-recidivante e tardivamente di sinechie, che nei casi gravi alterano la mobilità oculare e richiedono un intervento di sbrigliamento.

Nell'*ittiosi congenita eritrodermica* grave è presente sin dalla nascita ectropion (Fig. 1298) che può poi persistere indefinitamente, richiedendo l'impiego di lacrime artificiali nei casi lievi e di interventi correttivi nei casi più gravi.



Fig. 1299



Fig. 1300



Fig. 1301

Fig. 1299, 1300, 1301: La stessa paziente a 25 giorni di vita alla prima visita (Fig. 1299), a 50 giorni di vita quando si decide di iniziare il trattamento cortisonico "per os" (Fig. 1300), a 16 anni (Fig. 1301) prima di iniziare il trattamento con laser pulsato a 585 nanometri per il trattamento delle telangectasie residue.

Angiomi palpebrali

La forma più frequente è l'*angioma della linea mediana*, che si riscontra alla nascita sul terzo mediale delle palpebre e regredisce spontaneamente nella grande maggioranza dei casi in pochi mesi.

L'*angioma vinoso* è una lesione presente alla nascita, che tende a persistere indefinitamente nel tempo: quando è interessata la prima branca trigeminale è colpita la palpebra superiore, men-



Fig. 1302: Nevo di Ota con lesioni congiuntivali e cutanee di tipo follicolare.

tre la palpebra inferiore è affetta quando è interessata la seconda branca. L'angioma vinoso può associarsi a interessamento meningeo e oculare (glaucoma): queste associazioni sono tanto più frequenti, quanto più esteso è l'interessamento delle due branche e più completo è l'interessamento della palpebra superiore.

Frequente è anche l'*emangioma palpebrale*, più pericoloso quando interessa la palpebra superiore, perchè può determinare ambliopia "ex non usu" per chiusura dell'occhio e mancata stimolazione dei coni e bastoncelli, trichiasi con conseguenti lesioni corneali, perdita della visione binoculare, strabismo, cecità. L'emangioma palpebrale viene trattato di solito con cortisone "per os" (Fig. 1299, 1300, 1301) quando ci sono valide ragioni per sospettare che la sua crescita possa influire significativamente sulla funzione oculare e sull'estetica. In caso di trichiasi, è indicata la diatermocoagulazione delle ciglia.

Bibliografia

- 1) Bonifazi E. - Diagnosi Differenziale in Dermatologia Pediatrica: Necrolisi epidermica da farmaci o virale/ Necrolisi epidermica stafilococcica (4S). Eur. J. Pediat. Dermatol. 13, 70-1, 2003.
- 2) Lyell A. - Toxic epidermal necrolysis (the scalded skin syndrome): a reappraisal. Br. J. Dermatol. 100, 69-81, 1979.

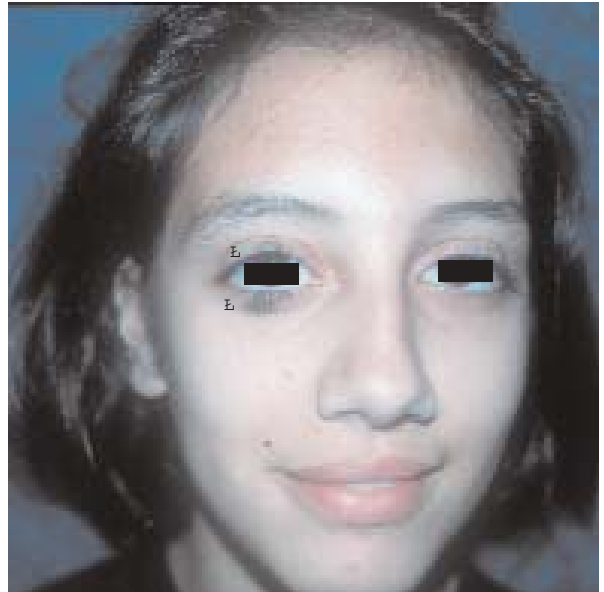


Fig. 1303: Nevo cellulare congenito "baciato" di entrambe le palpebre -frecce-.

Nevi palpebrali

Un nevo caratteristico di questa sede è il cosiddetto *nevo di Ota* (Fig. 1302), un nevo congenito a melanociti dermici, che interessa la regione temporo-parietale, le palpebre e la congiuntiva sclerale; il nevo ha di solito un significato esclusivamente estetico, non associandosi a malformazioni profonde. Spesso questo nevo ha un regolare disegno follicolare (Fig. 1302), probabilmente legato alla distribuzione dei melanociti intorno ai follicoli piliferi.

Un nevo caratteristico di questa sede è il "*nevo baciato*" cioè un nevo congenito che interessa sia la palpebra superiore che l'inferiore (Fig. 1303, frecce) con le due parti che combaciano perfettamente: la distribuzione di questo nevo testimonia che il nevo si è formato durante la vita fetale in un periodo antecedente alla separazione delle palpebre.

- 3) Rasmussen J. - Toxic epidermal necrolysis. A review of 75 cases in children. Arch. Dermatol. 111, 1135-9, 1975.
- 4) Ruiz-Maldonado R. - Acute disseminated epidermal necrosis types 1, 2, and 3: study of 60 cases. J. Am. Acad. Dermatol. 13, 623-35, 1985.