

## CALAZIOSI LINEARE.

Giunge all'osservazione una bambina di 4 anni con una lesione granulomatosa della palpebra inferiore destra, parallela al bordo libero da cui dista circa 5 mm, lunga 3 cm, larga 4 mm e rilevata per circa 3 mm, con superficie parzialmente erosa (Fig. 1), insorta da due mesi. Ricoverata in una divisione oculistica, una consulenza dermatologica aveva posto il sospetto di leishmaniosi (1, 2), ma la ricerca a fresco della leishmania era stata negativa e il successivo esame istologico aveva evidenziato un granuloma aspecifico. La bambina aveva ricevuto per 22 giorni un trattamento "per os" con trimetoprim-sulfametossazolo senza alcun risultato. Veniva instaurato un trattamento cortisonico topico con fluticasone crema, che portava all'appianamento della lesione nel giro di 3 settimane. Nei tre mesi successivi comparivano lesioni flogistiche subentranti della palpebra superiore e inferiore di destra, tondeggianti e allungate, confluenti (Fig. 2), che risolvevano in alcune settimane spontaneamente o con trattamento antibiotico topico, portando alla diagnosi finale di **calaziosi**.

Il **calazio** è una infiammazione subacuta o cronica delle ghiandole di Meibomio, ghiandole sebacee situate nella parte fibrosa o tarso della congiuntiva, i cui dotti si aprono sul margine palpebrale, mentre l'orzaiolo è una infiammazione acuta delle ghiandole di Zeiss, ghiandole sebacee che circondano le ciglia, i cui dotti sboccano nel follicolo cigliare vicino al margine palpebrale. Orzaioli e blefariti possono precedere o accompagnare il calazio. La presenza di più calazi contemporaneamente o in tempi ravvicinati fa parlare di calaziosi. Nel presente caso è probabile che l'aspetto lineare sia stato legato alla flogosi di più ghiandole di Meibomio contemporaneamente.

La **patogenesi** della calaziosi non è ben precisata, ma è probabile l'intervento di fattori multipli, tra cui spiccano fattori costituzionali di tipo atopico e seborroico, fattori immunologici (3) fattori infettivi, legati soprattutto allo *Stafilococcus aureo* e fattori dismetabolici, tra cui il diabete.



Fig. 1



Fig. 2

### Bibliografia

- 1) Abrishami M., Soheilian M., Farai A., Dowlati Y. - Successful treatment of ocular leishmaniasis. *Eur. J. Dermatol.* 12, 88-9, 2002.
- 2) Charif Chefchaoui M., Lamrani R., Benjelloune A., et Al. - Cutaneous leishmaniasis of the lid. *J. Fr. Ophthalmol.* 25, 522-6, 2002.
- 3) Destafeno J.J., Kodsi S.R., Primack J.D. - Recurrent *Staphylococcus aureus* chalazia in hyperimmunoglobulinemia E (Job's) syndrome. *Am. J. Ophthalmol.* 138, 1057-8, 2004.