



PTOSI PALPEBRALE NEL BAMBINO

La ptosi palpebrale è un'anomalia della posizione della palpebra superiore che tende a scendere verso il basso. La forma più frequente di ptosi nel bambino è quella congenita, cioè presente dalla nascita o a insorgenza nel primo anno di vita.

Quali sono le cause di ptosi nel bambino?

Nella maggior parte dei casi la ptosi congenita è causata da una disgenesia miogenica localizzata e viene definita *ptosi congenita semplice*. Esistono anche altre cause di ptosi palpebrale secondarie che presentano una incidenza molto inferiore.

Qui di seguito un breve elenco delle cause di ptosi nel bambino:

- Congenita**
 - Semplice/idiopatica
 - Con deficit del muscolo retto superiore (fenomeno di Bell, in cui è l'occhio che ruota verso l'alto)
 - Con blefarofimosi (sindrome a ereditarietà autosomica dominante e bilaterale)
- Traumatica** È la più frequente tra le ptosi acquisite, dovuta allo stiramento del muscolo elevatore o al distacco della sua inserzione
- Meccanica** Dovuta a neoformazioni che appesantiscono la palpebra, ad esempio emangioma (cercare e fare attenzione alla presenza di astigmatismo)
- Neurogenica** Rara, per paralisi del 3° nervo cranico o per la sindrome di Horner (perdita dell'innervazione simpatica del muscolo di Müller), fenomeno di Marcus-Gunn

Cosa è importante valutare?

La valutazione di alcuni elementi clinici ci fornirà gli strumenti per inquadrare meglio la causa della ptosi, tra questi:

- L'epoca di insorgenza
- La mono/bilateralità
- La presenza di blefarofimosi o di familiarità
- I riflessi corneali: se non fossero simmetrici, indici quindi di strabismo, andrà sospettata una paralisi del 3°nervo cranico
- La pupilla: in caso di midriasi sospettare nuovamente una paralisi del 3° nervo cranico; se vi fosse miosi sospettare una sindrome di Bernard-Horner

- La motilità oculare spontanea verso l'alto
- Eventuali variazioni della ptosi con i movimenti di suzione, in questo senso pensare al "fenomeno di Marcus-Gunn"

FENOMENO DI MARCUS-GUNN

Si intende un'anomalia, più spesso sporadica, talvolta familiare (autosomica dominante), a carico di un occhio (di solito il sinistro), caratterizzata da un innalzamento della palpebra superiore all'apertura della bocca. È dovuto all'innervazione da parte del V nervo cranico di fibre muscolari normalmente innervate dal III. La si osserva principalmente nella blefaroptosi autosomica dominante. È caratterizzata dal fatto che la palpebra si abbassa se la bocca viene chiusa; a ogni movimento della mandibola, poi, la palpebra si rialza.

Ptosi congenita semplice

Generalmente deriva dalla disgenesia del muscolo elevatore della palpebra.

La *ptosi congenita semplice* è la forma di ptosi più frequentemente riscontrabile, non presenta un problema dal punto di vista estetico in quanto, in questo senso, la prognosi è buona, importante è invece valutarla per il rischio di sviluppare ambliopia.

L'ambliopia, la scarsa visione di un occhio che non ha sviluppato una vista normale nella prima infanzia, se non trattata da subito è persistente e non trattabile in età adulta.

Importante risulterà valutare la mono o bilateralità della ptosi e soprattutto stabilirne la gravità, in particolare osservando *se la pupilla risulta coperta dalla palpebra*: in questo caso il bambino andrà inviato immediatamente all'oculista che valuterà il visus mediante il metodo dello sguardo preferenziale (*preferential looking*) (Figura 1).



Figura 1. Ptosi palpebrale sinistra congenita, pupilla non coperta, non necessita di terapia.



Figura 2. Ptosi palpebrale destra, iperestensione del capo, sinonimo di visione binoculare conservata.

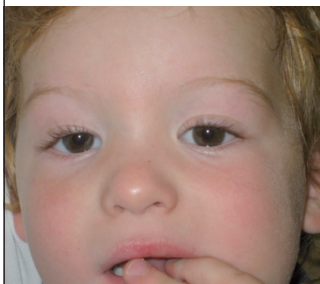


Figura 3. Ptosi palpebrale destra: si noti la completa copertura della palpebra e l'esito dopo intervento di sospensione al frontale.

METODO DELLO SGUARDO PREFERENZIALE

Tecnica psicologica, utilizzata dagli oculisti per valutare la capacità dei bambini piccoli di discriminare i contrasti e valutarne l'acuità visiva¹.

Andrà inoltre valutata la posizione del capo: l'iperestensione del capo è sempre normale nella ptosi bilaterale e rappresenta un segno positivo in caso di ptosi monolaterale in quanto è indice di tentativo del bambino di mantenere una visione binoculare (Figura 2).

Quale terapia?

La cura della ptosi è fondamentalmente chirurgica. È importante un invio precoce all'oculista perché esistono opzioni terapeutiche precoci che spaziano dalla semplice occlusione all'intervento provvisorio di sospensione al muscolo frontale fino all'intervento definitivo che può essere eseguito dopo i 4 anni di età (Figura 3).

Bibliografia

1. Birch EE, Shimojo S, Held R. Preferential looking assessment of fusion and stereopsis in infants aged 1-6 months. Invest Ophthalmol Vis Sci 1985;26(3):366-70.

Tratto da *Confronti in Pediatria 2011*
Presentazione di Cristina Bibalo
Scuola di Specializzazione in Pediatria
IRCCS Pediatrico "Burlo Garofolo", Università di Trieste

Irene Bruno
e-mail: brunoi@burlo.trieste.it