

Un'uveite isolata ma non troppo

SAMUELE NAVIGLIO

Clinica Pediatrica IRCSS pediatrico "Burlo Garofolo", Trieste

La nonna di Lorenza, 3 anni, ha portato la piccola dal pediatra perché si è accorta che la pupilla destra della bambina è diventata bianca. Nel sospetto di un retinoblastoma Lorenza viene mandata dall'oculista che riscontra: "Segmento anteriore di entrambi gli occhi: cheratopatia a bandelletta, sinechie irido-lenticolari. Alla lampada a fessura: Cellule ++ in camera anteriore, Tyndall ++. OD: cataratta totale, visus: spento. OS: cataratta parziale, visus: 6/10. Fundus oculi bilateralmente non esplorabile."

Lorenza presenta all'esame oftalmologico un grave quadro infiammatorio del segmento anteriore dell'occhio quindi un'uveite anteriore o iridociclite. L'infiammazione è dimostrata dalla presenza, all'esame con la lampada a fessura, di cellule fluttuanti nell'umor acqueo, che altro non sono se non leucociti migrati nell'umor acqueo dai vasi del corpo ciliare a causa della flogosi. Allo stesso modo, l'effetto Tyndall è dovuto all'essudazione di proteine nell'umor acqueo. A questo si aggiunge la presenza di una serie di complicanze oculari (cataratta, sinechie, cheratopatia a bandelletta) che sono tipicamente dovute alla flogosi cronica non trattata. Si noti come la bambina non abbia manifestato mai alcun sintomo di questa grave infiammazione oculare finché non ha dato una complicanza di cui oltretutto si è accorta solo la nonna. Questo è dovuto sia al fatto che le uveiti croniche sono spesso asintomatiche che alla giovane età della bambina.

Quale ne è dunque la causa? Le cause di uveite sono numerosissime, in generale possono essere distinte tra infettive, non infettive e sindromi masquerade, che non sono uveiti ma delle condizioni che simulano il quadro clinico, come una leucemia o un'istiocitosi. Le forme non infettive si suddividono a loro volta in forme isolate e forme associate a patologia sistemica. La lista delle cause più probabili risulta relativamente ridicibile in base all'età del paziente e al tipo di uveite. Nel caso in questione il quadro è quello di un'uveite anteriore cronica bilaterale non granulomatosa che, a quest'età, ha come cause più probabili un'uveite idiopatica o un'uveite associata ad artrite idiopatica giovanile (AIG).

Furono eseguite comunque tutte le varie sierologie per escludere le cause infettive più frequenti. Lorenza non presentava inoltre nessun altro correlato sistemico patologico e tra gli esami di laboratorio l'unico alterato era la presenza degli anticorpi antinucleo (ANA). Fu pertanto diagnosticata come uveite idiopatica.

Un anno più tardi la bambina ha sviluppato un'oligoartrite cronica idiopatica, con diagnosi finale quindi di uveite associata ad AIG (nel 5-10% dei pazienti l'uveite precede l'artrite, anche di anni).

La presenza degli ANA, l'esordio molto precoce e il decorso subdolo sono più tipici di un'uveite associata ad AIG, che tende ad avere questo tipo di presentazione precoce e insidiosa, rispetto alle forme idiopatiche che compaiono più spesso in bambini più grandi e sono più frequentemente sintomatiche.

Vuoi citare questo contributo?

S. Naviglio. UN'UVEITE ISOLATA MA NON TROPPO. *Medico e Bambino pagine elettroniche* 2012; 15(1) http://www.medicoebambino.com/?id=IND1201_10.html

