

CHIAZZA DI BITOT SENZA AVITAMINOSI

PER

CARONES A. V., M. D.

Italia

Il problema della comparsa della chiazza di Bitot non accompagnata da una avitaminosi è stato oggetto di numerosi indagini in questi ultimi anni e parecchi sono stati i casi studiati e descritti specialmente nelle regioni tropicali e sub-tropicali (Palmer ad Assam, Sie Boen Lian a Java, Aycroyd e Col. in India, Nichols e Col. a Ceylon, Wilson in Egitto) ma anche se pure in minor numero in Europa (Fronimopoulos e Cofinas, Bouzas in Grecia, Gorduren e Orgen in Turchia, terrien e Blum in Francia).

Circa due anni fa si è presentato alla nostra osservazione un caso che presentava l'aspetto clinico della chiazza di Bitot non accompagnata da alcun altro segno di avitaminosi nè oculare nè generale.

Descriviamo brevemente questo caso e gli esami effettuati.

M. Guido —anni 35— coniugato—.

All'età di 9 anni in seguito ad incidente automobilistico subì un grave trauma all'occhio S. che dovette essere enucleato. L'occhio D. è sempre stato bene fino al Dicembre del 1955 quando venne visitato da uno di noi per la prima volta per un arrossamento delle congiuntive ed un annebbiamento visivo dovuto, a detta del paziente, ad una intossicazione da pesce guasto. L'esame obbiettivo mise in evidenza una blefarite squamosa ed una lieve congiuntivite di tipo allergico. Il Visus era di 10/10 s. c. di lenti. Il paziente è stato rivisto nel Luglio 1956 per una piccola causticazione sul margine palpebrale inferiore D. In questa occasione venne constatata per la prima volta la presenza di una chiazza di xerosi congiuntivale in corrispondenza della pinguecola nasale. Da notarsi che nella primavera di quello stesso anno aveva soggiornato per due mesi in una Clinica di Davos per tubercolosi renale e che nel 1950 aveva soggiornato a Davos per un periodo assai più lungo per una forma di tubercolosi polmonare.

La chiazza di xerosi si presentava in corrispondenza della rima palpebrale del lato nasale come una formazione bianca di forma grossolanamente triangolo-ova-

lare con la base verso il limbus e con una superficie spugnoso-saponosa (Fig. 1). Null'altro si rilevava a carico del bulbo oculare che si presentava normale in tutto e per tutto compreso il campo visivo ed il senso luminoso. I comuni esami di laboratorio non misero in evidenza alcunchè di anormale ed anche il tasso di vitamina A nel sangue risultò nei limiti del fisiologico (2-3 UI. per CC. di sangue). Test di Schirmer per la secrezione lacrimale nei limiti del normale (30 mm.).

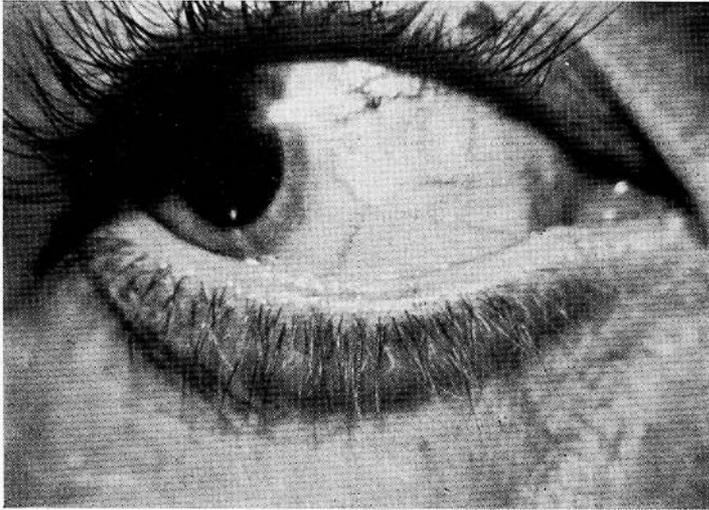


Fig. 1

Un intenso trattamento a base di Vit. A per via generale e locale non portò ad alcuna modificazione della chiazza di xerosi che ancora nel Maggio 1957 risultava invariata. Pure invariato era lo stato blefaro-congiuntivite con abbondante fuoruscita di secrezione dalle ghiandole dei margini palpebrali alla compressione. Il paziente si lamentava di un notevole fastidio e di sensazione di corpo estraneo nell'occhio.

Un successivo trattamento a base di Antibiotici associati a Cortisone ed Epatoprotettori (Litrison) non diede alcun vantaggio e nel mese di Novembre dello stesso anno il paziente si ripresentò assai preoccupato per l'aumento della chiazza, alla quale attribuiva un notevole peggioramento della sintomatologia subiettiva. Si amentava infatti di dolore e fotofobia alla fissazione proungata (guida dell'auto, lettura) nonchè di diminuzione visiva. L'esame obiettivo rilevò soltanto un notevole aumento delle dimensioni della chiazza di xerosi mentre invariato rimaneva il quadro congiuntivale.

In quest'occasione si è proceduto al raschiamento con un spatola della massa xerotica che si è lasciata facilmente asportare. Ma malgrado un ulteriore intenso ciclo di cure a base di Vit. A per via locale e generale ed estratti epatici con complesso B per via generale due settimane dopo la chiazza di xerosi si era riformata esattamente come prima.

Il paziente è stato successivamente rivisto nel Marzo 1958 sempre con la stessa sintomatologia locale alla quale si è aggiunto dal lato generale un eritema cutaneo. Soffriva anche di rinite da fieno che combatteva con giovamento con un trattamento a base di Cortico-steroidi per via generale, che tollerava male, e con Antistaminici di sintesi.

In quest'occasione venne fatta una ulteriore serie d'indagini radiologiche e di laboratorio, nonchè i test di funzionalità epatica, che risultarono tutti negativi.

Una intensa cura a base di Cortisone ad alta concentrazione, questa volta praticata seriamente (il P. si cura di norma saltuariamente ed irregolarmente) ha migliorato le condizioni locali e subiettive ma la chiazza di xerosi persisteva nella sua tendenza ad aumentare.

Questo continuo progresso delle dimensioni della zona di xerosi preoccupava talmente il paziente da creargli un vero e proprio stato ansioso aggravando la sintomatologia subiettiva locale. Si ritenne pertanto opportuno procedere all'asportazione chirurgica che venne eseguita nel Settembre dello stesso anno. La perdita di sostanza venne compensata con una plastica congiuntivale per scorrimento previa leggera diatermocoagulazione superficiale della sclera in corrispondenza della chiazza e ancoraggio sclero congiuntivale della sutura. Alla prima medicazione venne notato che la congiuntiva si era retratta per cedimento dei punti a causa di una necrosi della sclera, che presentava una perdita di sostanza più o meno ovalare a margini netti che lasciava esposta la corioide sottostante. Ripetuta la plastica allo scopo di ricoprire le perdite di sostanza, si ripeté il medesimo fatto per cui si attese la guarigione spontanea che avvenne in una diecina di giorni senza lasciare alcun segno (Fig. N° 2). Da allora non vi è stato più accenno a riformarsi della chiazza e tutta la sintomatologia subiettiva accusata dal paziente è scomparsa immediatamente confermando a nostro parere la natura psichica dei disturbi.

L'esame Istologico del tessuto asportato diede il seguente reperto: l'epitelio congiuntivale è pavimentoso stratificato, a tratti ispessito e fornito di uno strato corneo, talora sensibilmente alto, al di sotto del quale si può osservare un evidente strato granuloso. Negli strati inferiori si riscontrano modesti fenomeni di acantolisi ed infiltrazione fra le cellule epiteliali, di minuti elementi parvicellulari. Il connettivo sotto epiteliale è costituito da fasci di fibre collagene, ora compatte,

ora lasse, imbibite, le quali, negli strati superficiali, sono spesso in preda a fenomeni regressivi (omogeneizzazione basofila). Nelle vicinanze del rivestimento epiteliale specie laddove si sono osservati fenomeni di corneificazione, si trovano numerosi e cospicui focolai d'infiltrazione costituiti da elementi prevalentemente parvicellulari. I vasi di tipo capillare, sono molto dilatati e ripieni di corpuscoli ematici. A 10 mesi dall'asportazione della chiazza, la congiuntiva, si presenta, in corrispondenza della preesistente formazione del tutto normale ed il soggetto non accusa alcun disturbo.

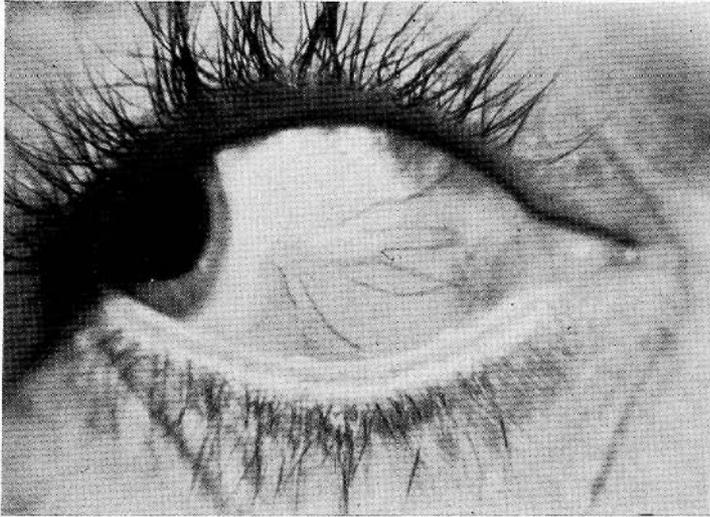


Fig. 2

Si pone ora il problema dell'insorgenza della chiazza di Bitot quando non si può rilevare nè emeralopia, nè lesioni congiuntivali o corneali.

Ricordiamo che cronologicamente le lesioni congiuntivo-corneali nella xerofthalmia legata a deficienze di Vitamina A, possono sintetizzarsi Sec. Appelmans in: 1º, Prexerosi; 2º, Xerosi congiuntivale; 3º, Xerosi corneali; 4º, Cheratomalacia. La chiazza di Bitot appare tardivamente, generalmente al II - III stadio, e va distinta dalla xerosi oltre che per l'aspetto, per le caratteristiche diverse nel comportamento in rapporto all'avitaminosi. La xerosi è un fenomeno reversibile, mentre la chiazza di Bitot è irreversibile. La osservazione di guarigione delle chiazza di Bitot con la terapia a base di Vitamina A sono presumibilmente dovute ad inesatta interpretazione di lesioni congiuntivali xerotiche che non raggiungono lo stadio delle chiazze di Bitot.

La chiazza di Bitot non è una semplice xerosi, ma ha delle caratteristiche della leucoplasia, cioè di una vera e propria neoformazione come confermato dagli esami istologici: pertanto la chiazza di Bitot rimane anche quando sono scomparsi gli altri sintomi di avitaminosi A.

Considerata sotto questo punto di vista, la chiazza di Bitot può logicamente presentarsi non accompagnata da avitaminosi ed essere cioè l'esponente di una avitaminosi pregressa. Nel caso da noi descritto, però, malgrado gli episodi specifici, le condizioni sociali del soggetto ed il tipo di vita e di alimentazione da lui tenuto, dovrebbero escludere nel modo più assoluto che ci siano state nel passato alterazioni oculari anche modeste, imputabili ad una carenza vitaminica.

Se da un lato è possibile che si possa essere verificata una insufficiente presenza di Vitamina A a causa di una insufficienza epatica o deficienza metabolica e, sotto questo punto de vista un normale apporto alimentare di vitamina non avrebbe impedito l'insorgere della lesione, ci sembra impossibile che tutti gli altri sintomi di avitaminosi possano essere passati del tutto inosservati al soggetto nè si giustifica lo spontaneo ripristino del tasso vitaminico (come confermato dagli esami da noi effettuati per la ricerca della vitamina nel sangue in un soggetto che non è mai venuto meno al suo stato di benessere fisico neppure in tempi remoti.

Il fatto che a la chiazza di Bitot insorga esclusivamente nel settore della congiuntiva lasciato scoperto dalla rima palpebrale, dà importanza ai fattori aria e luce.

Tali fattori, come predisponenti, se non provocanti la lesione, sono confermati dalla osservazione di un caso in cui, presentandosi sulla palpebra superiore un coloboma che lasciava scoperto una regione congiuntivale appunto nella zona superiore, si ebbe la comparsa di una chiazza di Bitot proprio in tale sede. La stessa maggiore incidenza della chiazza di Bitot in regioni tropicali e subtropicali, se da un lato può essere spiegata come zona di più frequente avitaminosi, da un altro può essere imputato anche ad una più facile e frequente esposizione alla luce di quelle popolazioni e le numerose descrizioni della comparsa di casi non legati ad una avitaminosi ne sarebbe una conferma.

Il soggetto da noi preso in esame, mentre da un punto di vista generale non presenta e non ha presentato alcuna deficienza alimentare o metabolica tale da giustificare avitaminosi presente o pregressa, ha sempre avuto abitudini di vita tali da rimanere a lungo esposto ai raggi solari, praticando attivamente sports che lo hanno sempre costretto ad una vita all'aperto.

Ci domandiamo pertanto se non si debba fare una netta distinzione fra la chiazza di Bitot classica e queste forme che se clinicamente ed istologicamente sono del tutto simili a tale affezione non hanno però la base eziologica comune.

O anche, e meglio, se la chiazza di Bitot non sia uno stato degenerativo che può insorgere sia su congiuntive in stato di sofferenza xerotica, sia primitivamente per cause non ben determinate, in cui gioca un ruolo importante la luce solare, lesioni del genere delle leucoplasie, o riferibile forse a disturbi metabolici locali, a cui può influire uno stato carenziale generale o locale di vitamina A. Un certo interesse riveste nel nostro caso il trattamento chirurgico. L'asportazione della congiuntiva xerotica sembra aver determinato l'eliminazione definitiva della lesione che a 10 mesi di distanza non ha mostrato alcun accenno a recidivare. Viene così confermato il risultato già ottenuto con lo stesso mezzo da Gorduren nel suo caso personale.

Il periodo trascorso sia per il nostro caso che per quello di Gorduren è ancora troppo breve per trarne delle conclusioni definitive ma sembra tuttavia che l'operazione chirurgica rappresenti effettivamente allo stato attuale l'unica terapia che abbia successo nel trattamento della chiazza di Bitot non accompagnata da avitaminosi.

BIBLIOGRAFIA

1. AYKROYD, Brit. Med. Jour. 2. 1908, 1837.
2. APPELMANS M. M., "Xérosis et héméralopie chez l'adulte", Bull. Soc. Belg. Opht. 1937, n. 74; pp. 109-119.
3. APPELMANS M. M., LEBAS B., MISSOTTEN L., "Des manifestations oculaires d'Avitaminose A". Bull. Soc. Belg. Opht. 1955, n. 113, pp. 327-355.
4. BIETTI G., "Le vitamine in oftalmologia", Cappello, Bologna, 1940.
5. BITOT, Citato da Nida.
6. BOUZAS M. A., "Il significato delle chiazze di Bitot". Bull. Soc. Franc. Opht. 1959, n. 3, pp. 185-189.
7. CORNET E., "Les xérosis en clinique oculaire, son nouveau traitement local". Ann. d'Ocul., 171, 484, 1934.
8. FRONIMOPOULOS J., KOFINAS H., "Un caso di degenerazione cheratinica della congiuntiva". Bull. Soc. Hellen. d'Opht., 23. 196, 1955.
9. GORDOREN S., ORGEN C., "Taches de Bitot sans rapport avec une avitaminose". Excerpta Medica 18^o Congr. Intern. Ophth. sept. 1958. Bruxelles.
10. METIVIER V., "Bitot's spots in Trinidad". Am. J. Ophth. 24, 1029, 1941.
11. NICHOLS L., Nimalasuriga - Lancet 13, 506, 1939.
12. NIDA, "Syndrome de Bitot et avitaminose". Soc. Opht. Paris, 19 Mars 1927.
13. PALMER, Citato da Metivier.
14. PICARD J., "Xérosis de la conjonctive". Bull. Soc. Opht. Paris, 561, 1927.
15. RIDEL, "Conjunctival xerosis". Trans. Ophthal. Soc. Kingdom, 295, 1933.
16. SIE BOEN LIAN, V. Grafés. Arch. f. Opht. 139, 17, 1938.
17. SATHE S. M., "Angular conjunctivitis with associated dermatitis". Journ. of the All India Ophth. Soc. Bombay, avril 1955, 3, n. 1, pp. 1-9.
18. SPYRATOS, "Héméralopie et altérations oculaires par carences en gréce pendant les années 1941-1945". Annales d'Oculist. 1949, vol. 182, pp. 672-685.
19. TERRIEN F., BLUM J., "Sur un cas de xérosis conjonctival". Soc. Opht. Paris, 342, 1931.
20. TERRIEN F., HALBRON P., "Sur un cas de xérosis corneo-conjonctival". Soc. Opht. Paris 14 Mai 1938.
21. VENCO, "Una sindrome tipica di xeroftalmia da avitaminosi". Arch. Ottal. 8 Août 1930.
22. WILSON, Citato da Metivier.
23. YOURISH N. B., "Significance of Bitot's spots". Amer. J. Ophth. 36, 109, 1953.