

Rotture, fori e degenerazioni retiniche

La retina rappresenta lo strato più interno del bulbo oculare. In particolari condizioni può accadere che si formino dei 'buchi', cioè dei fori, o, addirittura, delle lacerazioni in seno allo spessore retinico in periferia (rottture retiniche). Queste lesioni sono pericolose poiché in determinate situazioni possono predisporre al distacco di retina. **Il 60% delle rottture retiniche si forma in aree retiniche** ove sono già presenti aree di degenerazione retinica (dette regmatogene, cioè in grado di provocare rottture); esistono anche lesioni retiniche periferiche non regmatogene che non sono in grado di generare rottture della retina. I sintomi rivelatori di una rottura retinica sono solitamente la percezione di lampi (fotopsie) o la recrudescenza di corpi mobili (mosche volanti o miodesopsie). A volte le lesioni sono scoperte anche in assenza di sintomi. Come già detto le degenerazioni retiniche periferiche possono essere divise in regmatogene e non regmatogene:

Degenerazioni retiniche non regmatogene

- Degenerazione cistoide (microcistica di Blessig ed Iwanoff): caratterizzata dalle omonime cisti è presente in pressoché la totalità dei pazienti ed aumenta con l'avanzare dell'età; è bilaterale nel 40% dei casi. Vi è un'associazione con la retinoschisi acquisita di cui sembra essere la causa.
- Degenerazione a fiocchi di neve: si tratta di minute chiazze di color bianco giallastro disseminate in periferia. Può però essere associata a degenerazione a lattice, a degenerazione a bava di lumaca ed alla retinoschisi acquisita.
- Degenerazione pavimentosa: è caratterizzata da aree di atrofia retinica bianco-giallastre che lasciano trasparire al loro interno la superficie sclerale interna ed i vasi coroideali spesso circondate da aree di pigmento. È presente nel 25% circa della popolazione ed interessa i quadranti temporali.
- Degenerazione a favo d'api (reticolare): è una degenerazione senile innocua caratterizzata da un fine accumulo di pigmento disposto a formare un disegno che ricorda molto le cellette degli alveari delle api.
- Drusen (corpi colloidali) periferiche: chiazze rotonde bianche-giallastre pallide, più o meno pigmentate e bilaterali.
- Degenerazione pigmentaria orale: è una forma di degenerazione retinica pigmentaria senile che forma una linea di pigmento con decorrenza parallela all'ora serrata.

Degenerazioni retiniche regmatogene

- Degenerazione a lattice o palizzata: è presente in circa l'8% della popolazione ed in circa il 40% dei pazienti con distacco di retina. È associata in particolar modo alla miopia e ad alcune sindromi come la Marfan, la Ehlers-Danlos e la Stickler. Si tratta di aree di assottigliamento della retina periferica ben demarcate, ovalari o fusiformi disposte parallelamente all'equatore associate a ialinizzazione o inspessimento dei vasi che conferiscono loro l'aspetto a spina di pesce o a palizzata. Le lesioni sono bilaterali nella maggior parte dei casi e localizzate nei settori temporali superiori. Esiste anche una variante atipica con disposizione radiale perivascolare (più frequenti nella sindrome di Wagner-Jansen-Stickler). Predispongono al distacco di retina per la frequente presenza di fori retinici o soluzioni di continuo nella compagine della degenerazione e per le tenaci aderenze tra il vitreo ed i margini della degenerazione che tendono a staccarla dalla sede propria soprattutto in caso di distacco posteriore di vitreo.
- Degenerazione a bava di lumaca (o a brina o givrè): è indicata da alcuni come stadio precedente la degenerazione a lattice anche se possiede caratteristiche proprie. Sono caratterizzate dalla presenza di numerosi puntini bianchi rifrangenti disposti in maniera da ricordare la scia della bava delle lumache. Ne esistono tre forme: a focolai, diffusa ed una associata ad altre degenerazioni. Frequentemente è bilaterale. Può portare a formazione di rottture retiniche nel 20-30% dei casi per le aderenze vitreo-retiniche che si formano ai margini della lesione.
- Retinoschisi degenerativa: la retinoschisi è una separazione della retina in due foglietti, uno interno (vitreoale) ed uno esterno (coroideale); a seconda del punto di separazione si divide in tipica o reticolare. Ne esistono due forme: la retinoschisi acquisita che può essere piana o bollosa e si osserva con maggior frequenza nella quinta-sesta decade di vita e la retinoschisi congenita (ereditaria e legata al cromosoma X) presente alla nascita ed interessante la regione maculare nel 98-100% dei casi. Nella stragrande maggioranza dei casi la schisi interessa i quadranti infero-temporali, è bilaterale, sembra una forma esagerata di degenerazione microcistica ed è una condizione innocua ed autolimitante. Solo in una piccolissima percentuale di schisi reticolare si osserva la tendenza della stessa a progredire verso il polo posteriore e a formare rottture di entrambi i foglietti al suo interno, provocando un distacco di retina.
- Bianco con e senza pressione: sono aree retiniche traslucide di aspetto bianco grigiastro ben distinte dalle aree retiniche adiacenti evidenziabili indentando la retina (con pressione) o senza. Le aree di bianco senza pressione possono dare origine a rottture retiniche giganti lungo il loro margine posteriore.

Le degenerazioni regmatogene devono essere seguite con visite specialistiche periodiche e non necessitano di alcun trattamento profilattico in quanto non portano di per sé a nessuna complicanza. Le degenerazioni retiniche regmatogene invece comportano un maggior rischio per il paziente di andare incontro ad un distacco di retina; nel caso vengano riscontrate, le scelte terapeutiche sono essenzialmente due: quella di seguirne l'evoluzione nel tempo con visite ravvicinate o, nei casi più a rischio effettuare un trattamento profilattico con argon-laser per evitarne l'evoluzione in rottura retinica e quindi in un possibile distacco.

Nel caso invece fossero diagnosticati fori retinici a tutto spessore o rottture retiniche questi vanno trattati urgentemente con argon laser.

Lo scopo del trattamento argon laser è di creare una reazione cicatriziale solida intorno alla lesione e tentare di prevenire un distacco della retina. Nella maggioranza dei casi, la cicatrizzazione duratura della lacerazione viene ottenuta.

Questo trattamento non impedisce la formazione di altre lacerazioni. A seconda dei casi, può venir proposto un trattamento più esteso (sbarramento circolare).

Nella maggioranza dei casi il trattamento è risolutivo. In alcuni casi tuttavia, dove le lesioni sono numerose o troppo avanzate, il trattamento laser non è sufficiente e diventa necessario un intervento chirurgico.

Non ci sono allo stato attuale delle conoscenze, trattamenti medici o alternativi al laser.