



Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma  
Cattedra di Malattie dell'Apparato Visivo

Direttore: Prof. E. Balestrazzi



## Le diplopie incoercibili: studio retrospettivo

R. Parrilla, S. Petroni, S. Crisafulli, M.T. Rebecchi, A. Salerni,

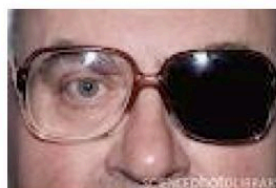
V. Perrotta, G. Savino, A. Dickmann.

incapacità assoluta a mantenere una visione singola anche per  
breve tempo



eventi patologici rari

diagnosi e gestione particolari



diplopia intrattabile, senza alcuna possibilità di soppressione o  
di recupero di visione binoculare normale singola, che trova  
soluzione solo con l'occlusione di un occhio

## Studio retrospettivo

Esaminate 31555 cartelle di pazienti pervenuti ai nostri ambulatori da gennaio 2006 a settembre 2011

0,05% dei pazienti (16 casi) presentava diplopia incoercibile

### Perdita della capacità fusiva

Evento centrale: 13 casi	Asportazione processi occupanti spazio: 7
	Lesione vascolare: 1
	Trauma cranico: 5
Evento periferico: 3 casi	Trapianto di cornea
	Anisometropia marcata mai corretta
	Intervento per strabismo

## Diplopie incoercibili vere:6

### Caso 1

Maschio 19 anni, grave trauma cranico con perdita di coscienza a seguito di incidente stradale;  
Paralisi completa del III nc con ptosi di OD;  
Ctpl e pv: -40 S/D~50TR;  
Diplopia persistente pl e pv.

Valutazione prismatica: visione doppia costante anche correggendo tutto l'angolo di deviazione;  
Valutazione sensoriale con sinottoforo: assenza completa di percezione simultanea.

Recessione RLOD di 8,5 mm + resezione RMOD di 4,5 mm;  
Recessione RIOD di 4 mm;  
Nuova recessione RIOD di 2mm, recessione RSOS di 5mm + recessione RLOS di 7mm.

Ai riflessi S/D~6 pl e pv.

Diplopia persistente in tutte le posizioni di sguardo anche dopo correzione dell'angolo di deviazione residuo e totale assenza di fusione.

Proposto l'utilizzo di una lente a contatto oscurante.

### Caso 2

Maschio 17 anni, trauma cranico da caduta accidentale.  
Ctpl: ESO S/D 18TR; ctpv: +6 S/D14TR;  
MO: ipofunzione GOOS, iperfunzione POOS; PAC: capo inclinato spalla dx;  
Diplopia persistente anche alla prova prismi;  
Valutazione sensoriale con sinottoforo: percezione simultanea instabile.  
Recessione POOS di 8mm.

Ctpl: in asse, ctpv: S/D FR; MFN presenti; ampiezza fusiva assente;  
MO: lieve ipofunzione POOS; Bielschowsky debolmente positivo spalla sx;  
scomparsa della PAC; diplopia saltuaria;  
Proposti esercizi ortottici (non effettuati per scarsa collaborazione).  
Dopo un anno riferita diplopia costante (persistente anche alla prova prismi)  
Ctpl: ~+8S/D10TR; ctpv: ~+4S/D8TR;  
MO: ipofunzione GOOS, iperfunzione POOS; Bielschowsky positivo spalla sinistra.  
Recessione RIOD di 3,5mm;  
Ctpl: +6S/D4TR; ctpv: in asse; MFN in OO; ampiezza fusiva: 14Δ  
Ciclo di esercizi ortottici.  
Ctpl: S/D4FR; ctpv: ESOFR; MFN in OO; PAC: capo lievemente inclinato spalla dx;  
Ampiezza fusiva: 30Δ pl e pv;  
Valutazione sensoriale con sinottoforo: percezione simultanea instabile.  
Il paziente non accusa diplopia.

### Caso 3

Maschio 54 anni, cheratocono OO sottoposto a PK in OS;  
VOD: 10/10 +0.50=+0.50(165); VOS: 4/10 -3.75=-2.50(90);  
Ctpl e pv: D/S~12TR (angolo molto variabile e incomitante);  
MO: iperfunzione GG00, Bielschowsky negativo;  
Valutazione prismatica: correggendo l'angolo di deviazione  
pl: diplopia;  
pv: solo a tratti visione singola;  
Valutazione sensoriale con sinottoforo: percezione simultanea molto instabile.  
Ctpv: D/S14TR;  
Ctpl: D/S18TR;  
Correggendo l'angolo di deviazione: visione binoculare singola pl e pv;  
MFN in OO; Ampiezza Fusiva: 45Δ

Attualmente è in lista per l'intervento.

**Spesso, diplopie erroneamente etichettate come "incoercibili",  
dopo un'adeguata gestione ortottica e chirurgica riescono a  
trovare una risoluzione.**