



AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA  
"CONSORZIALE POLICLINICO" BARI  
Dipartimento di Neuroscienze ed Organi di Senso  
U. O. Oftalmologia - Direttore: Prof. C. Sborgia



## ESOTROPIA CONCOMITANTE ACUTA DELL'ADULTO: DALLA CORREZIONE PRISMATICA ALLA CHIRURGIA. DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

G. Rizzo - U. Procoli - M. Favia - C. Sborgia

VIII Congresso Nazionale A.I.S. "Lo strabismo nell'infanzia e nell'età adulta"  
Modena 20-21 aprile 2012

### CASO CLINICO

#### R. Rossanda 31aa

**Anamnesi generale:** nessuna patologia degna di nota.

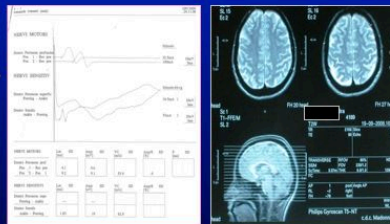
**Anamnesi oculare:** Lenti dall'età di 15 aa per lieve miopia.

A 19 e 21 anni 2 episodi di esodeviazione acuta con diplopia per lontano risoltisi spontaneamente in 24-72 h, con screening tiroideo negativo. A 29 anni nuovo episodio di diplopia acuta con oscillazioni di gravità.

Visita neurologica negativa.

AngioRNM ed EMG negativi.

Praticata terapia corticosteroidica generale senza risultato.



### SCHEDA CLINICA

#### Esame obiettivo

Giunge alla nostra osservazione dopo 8 mesi dalla comparsa della diplopia.

**Refrazione** Vc OD:10/10 (sf-2,75 cil-0,50ax180)  
Vc OS:10/10 (sf -2 cil-0,75 ax 90)

OD lieve ptosi

#### Valutazione ortottica

Esame Motilità' attiva : OS lieve limitazione dell'abduzione

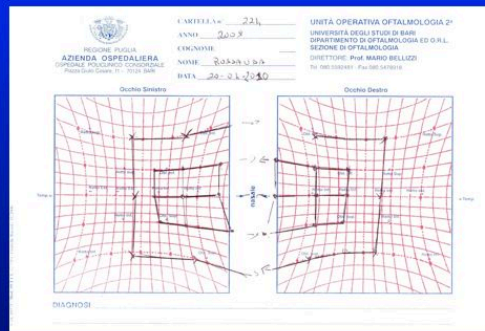
Pds l : +15° TR S/D 2DP

v: +13° TR

Luci Worth l e v : diplopia omonima

Segmento Anteriore, cristallino e fundus: nei limiti della norma in OO

## Schermo di Lees al I controllo



NB. La pz lamenta diplopia per lontano e per vicino con max dissociazione in lateroversione sinistra.

## Condotta Terapeutica

### Prescrizione di prismi:

OD 15 DP e OS 10 DP BT con VBS lontano e vicino  
(Worth fusione, Lang+++)

Dopo 4 settimane: OD 10 DP BT e OS 10 DP BT

Dopo 8 settimane: OD 7DP BT e OS 6DP BT

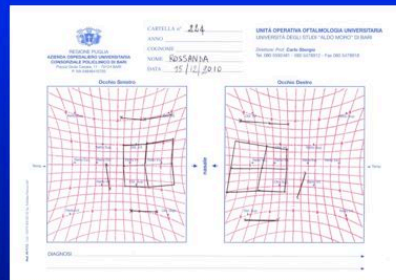
Dopo 3 mesi: VBS con stessi prismi solo per L  
(VBS mantenuta senza prismi per vicino)

### Programmazione chirurgica

Le nove posizioni di sguardo nel pre-operatorio durante la prismaticizzazione



## Schermo di Lees al II controllo (pre-operatorio)



## PIANO CHIRURGICO

12/1/11 INTERVENTO

OO : recessione RM 7 mm



## Ultimo controllo (5/4/12)

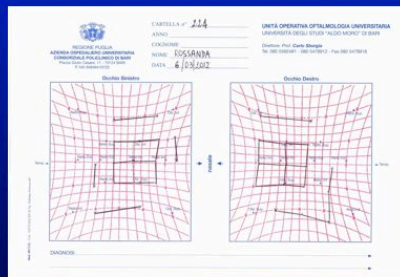
Pds : c.c. lev : 0  $\Rightarrow$  esofr +2°

Luci Worth lev : fusione

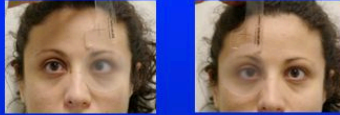
Lang -test +++

Test vetro rosso : lieve diplopia in estrema lateroversione sinistra.

Schermo di Lees



Le nove posizioni di sguardo nel post-operatorio senza correzione



Le nove posizioni di sguardo nel post-operatorio con correzione



### Esotropia concomitante acuta dell'adulto (Burian HM, Miller JE)

- **Tipo I di 'Swan':**
  - ✓ Dopo occlusione terapeutica o perdita di visus monolaterale o asimmetrica.
  - ✓ Elevato rapporto AC/A
  - ✓ Ipermetropia non sempre significativa
  - ✓ Scompenso di Esoforia
- **Tipo II di Franceschetti :**
  - ✓ esordio prima adolescenza
  - ✓ maschi = femmine,
  - ✓ emmetropia- lieve ipermetropia,
  - ✓ trauma psichico o fisico scatenante,
  - ✓ angolo di deviazione ampio
  - ✓ Diplopia per lontano
  - ✓ Esame neurologico ed indagini neuro-radiologiche



## Esotropia concomitante acuta dell'adulto

- **Tipo III di Bielschowsky :**
  - ✓ 20-40 aa, F > M, esordio subdolo
  - ✓ miopia anche lieve
  - ✓ manifestazioni prima saltuarie, poi definitive
  - ✓ lieve limitazione dell'abduzione
  - ✓ prima solo per lontano, poi anche per vicino
  - ✓ Deficit di divergenza fusionale
  - ✓ Disfunzione accomodativa (Campos EC e Coll.2010)

### D.D.

- **Scompenso di Esoforia**
  - ✓ dopo cambiamenti refrattivi (miopia incipiente, uso occhiale-LAC, chirurgia refrattiva)
  - ✓ diplopia prevalentemente per vicino

- La nostra condotta ha tenuto conto della possibile ipercorrezione della miopia come primum movens della deviazione: abbiamo eseguito l'esame della refrazione in cicloplegia dopo il primo controllo e poi a distanza di 2 mesi. Il ripristino della binocularità mediante prismi di potere decrescente ha evidenziato una certa capacità fusionale, a fronte di persistente deficit per lontano; l'aver posticipato il momento chirurgico non ha influenzato comunque il risultato.  
(A. Sprierer 2003)
- La decisione chirurgica dell'indebolimento dei RRMM in accordo con la maggioranza degli Autori, è stata generosa per prevenire recidive.  
(Campos EC e Coll. 2005)
- L'iter diagnostico seguito dalla paziente ai primi sporadici episodi di diplopia è risultato eccessivo in assenza di manifestazioni generali e locali se si eccettua la lieve ptosi dell'OD, tenendo conto