

## **DIPLOPIA**

### Definição

- Visão dupla dum objecto único.

#### 1) DIPLOPIA MONOCULAR

- Diplopia que desaparece com a oclusão dum olho atingido

#### 2) DIPLOPIA BINOCULAR

- ligada a um desequilíbrio binocular de oculomotricidade
- a visão dupla desaparece com a oclusão de 1 dos olhos.

## **DIPLOPIA MONOCULAR**

### 1) FISIOPATOLOGIAT

A projecção de uma imagem dum objecto único efectua-se ao nível do olho atingido em 2 pontos diferentes da retina

A alteração refractiva é uma causa, por:

- astigmatismo importante responsável pelo desdobramento entre os contornos verticais e horizontais.(feridas corneanas, iridodiálise traumática, queratocone).
- Orifícioiridiano responsável por um segundo diafragma.
- Subluxação cristalino, catarata nuclear

Enrugamento retiniano (membrana epiretiniana) responsável pela distorção da mácula.

### 2) EXAME

A visão dupla desaparece com a oclusão do olho atingido e reaparece com a oclusão do olho são.

O exame refractivo associado ao exame biomicroscópico dá a etiologia.

### 3) ETIOLOGIAS

- Anomalias do filme lacrimal (Síndrome do olho seco)
- Córnea
  - queratocone
  - cicatriz corneana (queratite, queimaduras, traumatismos)
  - pterigium
- Íris
  - Iridotomia

- Iridodiálise (desinserção traumática da raiz da íris)
- Cristalino
  - Luxação do cristalino
  - Catarata (opacidades corticais)
- Retina (raramente)
  - Membrana epiretiniana

#### 4) TRATAMENTO

Assenta sobre o tratamento da etiologia

### **DIPLOPIA BINOCULAR**

#### 1) FISIOPATOLOGIA

Perda de paralelismo do eixo dos 2 olhos, responsável pela impossibilidade de fusão das imagens ao nível cerebral.

A alteração oculomotora é uma causa de natureza muscular ou neurológica:

- musculo recto interno (inervado pelo 3º par)
  - abductor
- músculo recto externo (inervado pelo 6º par)
  - abductor
- músculo recto inferior (3º par)
  - abaixador
- músculo recto superior (3º par)
  - elevador
- músculo grande oblíquo (4º par)
  - abaixador, abductor, intortor (para baixo e dentro)
- músculo pequeno oblíquo (3º par)
  - elevador, abductor e extortor

Em caso de lesão neurológica do 3º par, a diplopia é acompanhada por uma ptose e uma midríase.

#### EXAME

##### a) INTERROGATÓRIO

- Eliminar uma diplopia monocular: a visão dupla desaparece com oclusão de um dos olhos.

- Caracterizar a diplopia binocular
  - Vertical, horizontal e oblíqua
  - Predominante ou constante em todas as direcções
  - Em visão de longe e/ou de perto
  - Variável ou constante ao longo do dia.
- Precisar a evolução
  - Súbito ou progressiva
  - Traumática
  - Esforço físico
  - Espontânea
- Pesquisar os sinais associados
  - Oculares (dor)
  - Gerais (cefaleia, náuseas, vômitos, sinais neurológicos e febre)

#### b) INSPECÇÃO

- Atitude compensadora da cabeça
- Anisocoria
- Ptose
- Exoftalmia, dor ocular, quemose

#### c) EXAME FÍSICO

- estudo da oculomotricidade
  - em mono e em binocularidade
  - precisar as posições nas quais a mobilização é mais limitada
- precisar com teste de vermelho-verde e o teste de Hess-Lancaster
- exame oftalmológico
  - acuidade visual
  - reflexo fotomotor
  - P.I.O.
  - Biomicroscopia
- exame neurológico completo
  - diferencia as paralisias oculomotoras supra-nucleares, nucleares e infra-nucleares.

#### d) ETIOLOGIAS

- 1) Paralisias neurogénicas periféricas

- Atingimento do 3º par (completo ou parcial)
  - CLÍNICA
    - Ptose
    - Deficit elevação, de abaixamento, de aducção
    - Midríase arreflexiva
- Etiologias (em função do local da lesão)
  - Lesão nuclear (isquémica, hemorrágica, infecção, tumor)
  - Lesão á saída do tronco cerebral
    - Aneurisma comunicante posterior
    - Isquémia- diabetes
    - Tumor
    - Traumatismo
    - Encefalite por tunerculose, sífilis, lyme, sarcoidose
  - Seio cavernoso e fissura orbitária
    - Traumatismo
    - Anurisma carótida
    - Fístula carótido-cavernosa
    - Isquémia: Horton, diabetes, trombose seio cavernoso, tumor
  - Órbita
    - Traumatismo
    - Infecção
    - tumor orbitário

#### EXAMES COMPLEMENTARES

- Paralisia do 3º par e lesão neurológica associada:
  - Hemiplegia, ataxia
  - Irritação meníngea
- Paralisia do 3º par isolada
  - Eliminar uma fissura anurismática (acompanha-se de cefaleias e alteração da oculomotricidade intrínseca)
  - Pesquisar uma lesão isquémica (D.Horton) ou tumoral
- Paralisia do 6 par ( a mais frequente no adulto)
  - CLÍNICA
    - Diplopia horizontal, predominantemente em visão de longe
    - Deficit de abdução

- ETIOLOGIA
  - Hipertensão intracraniana (edema papilar bilateral)
  - Isquémia
  - Traumática
  - Vascular (aneurisma intracavernoso, fístula carótido-cavernosa)
  - Inflamatória
  - Tumor
  - Metabólica
- Paralisia do 4º par
  - CLÍNICA
    - Diplopia vertical, oblíqua, no olhar para baixo e dentro
    - Hipertropia olho em posição primária
    - Deficit abaixamento e abdução
  - ETIOLOGIA
    - Traumatismo
    - Isquémia (Diabetes, H.T.A., e outros factores de risco cardiovascular)
    - Congénito

## 2) PARALISIAS SUPRA-NUCLEARES NEUROGÉNICAS CENTRAIS

- Rara

- Afecta tipicamente a motricidade conjugada dos 2 olhos

### A) LESÃO DAS ESTRUTURAS OCULOMOTORAS DA PARTE BAIXA DO TRONCO CEREBRAL

- Deficit movimentos conjugados bilaterais
- Oftalmoplegia internuclear
  - Atingimento das fibras longitudinais posteriores (permite a coordenação dos movimentos dos 2 olhos nos movimentos de lateralidade).
  - Caracteriza-se por deficit de aducção do olho do lado da lesão.

### B ) LESÃO AFECTANDO AS ESTRUTURAS OCULOMOTORAS DA PARTE ALTA DO TRONCO CEREBRAL

- Deficit movimentos verticais do globo ocular
- S. Parinaud
  - Lesão ao nível da comissura posterior do tronco cerebral
  - Limitação bilateral elevação (mais raramente do abaixamento)

## 3) PLACA NEURO-MUSCULAR (MIASTENIA OCULAR)

- Diplopia não dolorosa, sem atingimento pupilar e exames complementares (RMN) negativos.

#### CLÍNICA

- sintomas variáveis (agravamento ao fim do dia e ao esforço visual, melhoria em repouso)
- Ptose que se agrava ao longo do dia
- Sem dor
- Sinais extraoculares
  - Diminuição força muscular
  - Disfagia
  - Dispneia

#### EXAMES COMPLEMENTARES

- Teste de Glaçon (dedo colocado durante 2 minutos na pálpebra superior – Se a ptose for reversível, o teste é positivo)
- Doseamento Ac antireceptores á acetilcolina (positivo em 50% da miastenia ocular).

#### 4) ATINGIMENTO MIOGÉNICO

- Inflamação
  - Doença tiróideia
  - Inflamação órbita
- Infecção
  - Celulite
  - D.Lyme
- Infiltrativo
  - Meningioma
  - Linfoma
  - Mestastase
- Traumatismo

#### **ESSENCIAL DIPLOPIA**

- Diferenciar sempre uma diplopia monocular duma diplopia binocular
- Em caso de diplopia monocular (Identificar a anomalia intraocular em causa)
- Em caso de diplopia binocular

- Identificar o ou os músculos em causa
- Identificar a causa
- Eliminar urgências
  - Aneurismas
  - Hipertensão intracraniana
  - D.Horton