DISFUNÇÃO DA VERGÊNCIA FUSIONAL (DVF)

AUTOR

John McGann: Instituto de Tecnologia de Dublin

REVISTO POR

Alvin Munsamy: Universidade de KwaZulu-Natal

CONTEÚDO DO CAPÍTULO

AUTOR 1
REVISTO POR 1
CONTEÚDO DO CAPÍTULO 1
INTRODUÇÃO 1
SINTOMAS E SINAIS DA DISFUNÇÃO DA VERGÊNCIA FUSIONAL 2
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL 3

INTRODUÇÃO

Os distúrbios da visão binocular discutidos até agora têm feito da classificação de Duane. Isto significa que são constituídos por uma magnitude de forias> ou <do que o esperado a partir das Normas de Morgan. Alguns pacientes terão valores de foria e acomodação normais, tanto ao longe como ao perto mas também vão ser sintomáticos.

Termos Descritivos

- Vergência fusional reduzida (Goss)
- Disfunção da vergência fusional (Grisham; Scheiman e Wick)
- Instabilidade Binocular (Evans)

Sintomas	Sinais
Fadiga ocular Dores de cabeça Dificuldade de concentração Dificuldade de compreensão na leitura Epífora Visão desfocada	*AC/A Normal *Valores normais de foria Reduzido VFP / VFN ao longe e / ou ao perto Reduzida flexibilidade de convergência positiva e negativa Falha no teste FAB ± 2,00 * Passa no teste FAM ± 2,00 * Normal amplitude de acomodação Supressão central intermitente

Tabela 7.1: *Sintomas e sinais da disfunção da vergência fusional* (adaptado de Scheiman e Wick, 2002) (*) resultados normais.

SINTOMAS E SINAIS DA DISFUNÇÃO DA VERGÊNCIA FUSIONAL

Dado que o paciente é suscetível de ter muitos resultados "normais" (*) quando testado, poderíamos facilmente concluir que não há nenhum problema visual presente para explicar os sintomas. A instabilidade binocular 'é uma condição caracterizada por baixas reservas fusionais e uma heteroforia instável (Evans). Evans sugere que a heteroforia instável pode ser detetada por uma flutuação> ± 2Δ de seta no teste da asa de Maddox, ou instabilidade dos marcadores de Nonius no teste de Mallett.

Também pode haver supressão no teste de supressão foveal de Mallett.

Figure 7.1: Teste de supressão foveal de Mallett

É claro que também devemos verificar a amplitude de vergência e a flexibilidade de vergência para investigar plenamente a astenopia dos pacientes. A prevalência desta doença não é clara a partir da literatura: Scheiman et al encontraram uma prevalência de 0,6% (8-16 anos). Outro estudo de Porcar e Nartinez verificou uma prevalência de 1,5% (população universitária).

PONTOS PARA RELEMBRAR

- O paciente pode escapar aos sintomas suprimindo ou ocluindo um olho e evitando tarefas de visão de perto.
- A maioria dos pacientes com esta condição não terá qualquer erro refrativo significativo.
- Os testes diretos de vergência (VFP e VFN) são suscetíveis de estar reduzidos. Evans sugere que a amplitude de vergência fusional será inferior a 20Δ
- Os testes de vergência indiretos (ARN, ARP e FAB) também são suscetíveis de estarem reduzidos, mas realizar testes FAM como a reduzida FAB também se pode dever a uma inflexibilidade acomodativa.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Inicialmente o nosso exame tende a encontrar um erro de refração relativamente insignificante, as forias são normais e o paciente é sintomático. Isto leva-nos à conclusão de que o paciente pode sofrer de um problema acomodativo. O teste monocular de acomodação esta, no entanto, normal. Então tudo aponta para a possibilidade da redução da vergência fusional.

Devemos ainda descartar os seguintes diagnósticos:

- Disparidade de fixação
- Aniseiconia
- Desvios verticais / ciclo não corrigidos
- Hipermetropia latente
- Doença sistémica

CORRELAÇÃO DA DISLEXIA?

Evans et al (1994) afirmam que a instabilidade binocular é uma correlação da dislexia, mas os clínicos devem lembrar-se que a dislexia é mais provavelmente um problema dos processos de descodificação cortical superior de material sequencial armazenado na memória de curto prazo. O alívio da instabilidade binocular pode muito bem reduzir ou eliminar os sintomas, mas não é suscetível de ajudar com as reversões das letras que são comuns na dislexia. Evans também sugere que "**a oclusão investigativa**" pode ser útil em descartar um problema de vergência. Oclua um olho, quando realizar as tarefas visuais associados à astenopia. Se os sintomas diminuírem, então é provável que tratar o problema da VB com prismas, Ortóptica ou adição de esfera possa aliviá-los.

CONCLUSÃO

Lembre-se que há uma distinção pouco clara entre vergência fusional reduzida (ou VFR) e a heteroforia descompensada. O **tratamento** da vergência fusional reduzida é melhor alcançado na tentativa de reforçar as reservas fusionais positivas e negativas, utilizando a Ortóptica.

SUGESTÃO DE LEITURA

- Pickwell's Binocular Vision Anomalies; Evans BJW; 2002;4th Ed; pp 98-105; Butterworth Heinemann.
- Ocular Accommodation, Convergence & Fixation Disparity; Goss,D;1995; pages 105,108; Butterworth Heinemann.
- Clinical Management of Binocular Vision; Scheiman & Wick; 2002; 2nd Ed; Pp306-315; Lippincott Williams & Wilkins.