DESVIOS VERTICAIS E CICLOTORSIONAIS

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
PREVALÊNCIA 1
ETIOLOGIA 2
DESVIOS ANTIGOS 4
DESVIOS CICLOTORSIONAIS 4
SUGESTÃO DE LEITURA 5

INTRODUÇÃO

Um desalinhamento vertical concomitante de algumas dioptrias não é raro. Na maioria dos casos, boas vergências fusionais superam o desvio. Uma **heteroforia vertical** é definida como a condição na qual os dois eixos visuais estão orientadas para o ponto de fixação, mas se desviam verticalmente em dissociação. A condição pode ser **concomitante** ou **incomitante.**

PREVALÊNCIA

As primeiras estimativas de prevalência dos desvios verticais variou de 7 a 52% da população. Estimativas recentes indicam que é de aproximadamente 20% da população, mas apenas cerca de 9% são clinicamente significativas.

ETIOLOGIA

A etiologia para a heteroforia vertical é a mesma que para a heterotropia vertical. A diferença está na extensão do defeito e na extensão das reservas fusionais. Paralisia ou anomalias anatómicas dos músculos extraoculares atuam verticalmente, os seus tendões ou as suas inserções são as principais causas das forias verticais. Os pacientes assintomáticos têm muitas vezes uma reserva fusional vertical maior do que o normal. Os pacientes sintomáticos podem ter pequenas reservas fusionais verticais e diplopia intermitente.

A causa mais comum de desvio vertical é devida a uma **fraqueza do oblíquo superior**. Na maioria dos casos, é **congénita** com uma **inclinação consistente da cabeça** para o lado do olho hipo desviado. A paralisia do oblíquo superior de início súbito traumático apresenta-se normalmente com uma Hipertropia, particularmente ao olhar para baixo. Inicialmente um híper-desvio ao olhar para baixo e adução ocorre seguido de uma hiperfunção do oblíquo inferior e contração. O desvio torna-se maior ao olhar para cima e adução.

A paralisia neuronal oculomotora isolada não é muito comum, mas, ocasionalmente, pode deparar-se com paralisia do músculo reto inferior isolada. Geralmente é causado por Miastenia Grave, causando um “tiro ascendente” em adução (Fig 6.1 – 6.4).

Figura 6.1: *Olhar Primário*

Figura 6.2: *Olhar superior*

Figura 6.3: *Levoversão (observe o OE)*

Figura 6.4: *Dextroversão (observe "tiro ascendente" do OE e adução)*

As anomalias anatómicas também podem ser congénita ou adquiridas como no caso da doença ocular da tiroide, onde um músculo reto inferior apertado pode produzir uma hipoforia e clinicamente imitar uma fraqueza do músculo reto superior, com o maior desvio vertical visto em elevação e abdução.

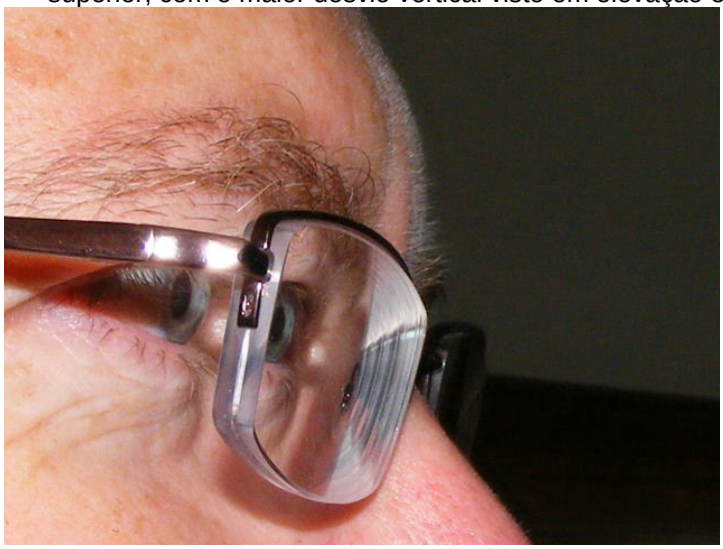

Figura 6.5: *Efeito prismático causado por lentes oftálmicas de alto poder*

Ocasionalmente uma foria vertical pode ser induzida por um efeito prismático causado pelo descentramento das lentes oftálmicas. A alta miopia pode ser uma causa de hipoforia no chamado **fenómeno dos "olhos pesados"** (Fig. 6.5).

DESVIOS ANTIGOS

Pacientes com uma foria vertical antiga podem aparecer ao clínico na infância ou na idade adulta. No exame, estes pacientes têm um desvio comitante.

Assintomáticos: os desvios verticais antigos não necessitam de tratamento por outros meios óticos a não ser a correção de qualquer erro refrativo significativo. É provável que o paciente assintomático tenha compensado o fenómeno com a inclinação da cabeça ou tenha reservas fusionais adequadas para lidar com o problema.

Sintomáticos: Se as reservas se tornam deficientes, as forias antigas podem tornar-se sintomáticas. Geralmente o paciente vai sofrer de sintomas **astenópicos** devido a um esforço para manter a visão binocular única (VBU). Estes sintomas incluem tipicamente dor de cabeça / olhos e desfocagem ocasional da visão.

CAUSAS DA ASTENOPIA

A astenopia é resultante da falha em manter a visão binocular única (VBU). Quando a VBU se perde, a pessoa pode apresentar diplopia ou começar a fechar um olho ao executar determinadas tarefas.

CAUSAS DA DESCOMPENSAÇÃO

- Saúde debilitada
- Redução da acuidade monocular
- Mudanças forçadas às posições de compensação da cabeça
- Foria horizontal descompensada.

INVESTIGAÇÃO

- Cover teste
- Avaliação da motilidade ocular
- Medição do desvio por meio de técnicas de dissociação e métodos de disparidade de fixação.
- Avaliação das reservas fusionais verticais.
    - Muitas vezes maiores do que o normal nos casos de foria verticais antigas.

GESTÃO

Refração precisa: Certifique-se de que a prescrição está equilibrada
Correção prismática: Use o prisma mais fraco possível alcançar o conforto. Os testes da disparidade de fixação oferecem uma boa estimativa deste valor**.**
Encaminhamento: Se o desvio vertical não é antigo, nem traumático, em seguida, deve fazer o encaminhamento para excluir uma patologia intracraniana.
Cirurgia: O objetivo é enfraquecer o músculo exagerado; muitas vezes, o músculo reto inferior e o seu sinérgico contralateral, o músculo reto superior em casos de hiperforias causadas pela fraqueza do oblíquo superior. A cirurgia é muitas vezes realizada em duas etapas, com suturas ajustáveis para maximizar o efeito da cirurgia.

DESVIOS CICLOTORSIONAIS

- Incicloforia
- Excicloforia

Um olho ciclo desviado permanece quer “in”-torcido ou “ex”-torcido em ambas as condições, monoculares e binoculares. O termo Cicloforia é usado quando um qualquer desvio associado é uma foria horizontal ou vertical e o termo Ciclotropia é usado quando o desvio é uma Tropia.

Encontrado em:

- Padrões de desvio acomodativos e vergênciais
- DVD (divergência vertical dissociada)
- Paralisia (geralmente) dos músculos extraoculares oblíquos (MEO)
- Astigmatismo oblíquo médio / alto não corrigido
- Eixo do cilindro incorreto

GESTÃO

- Corrija astigmatismos médios / altos
- Verifique o eixo cilíndrico
- Verifique a motilidade
- Corrija o desvio vertical associado
- Se o paciente ainda tiver sintomas, considerar o encaminhamento para uma possível cirurgia
- Considere a oclusão em casos intratáveis

SUGESTÃO DE LEITURA

1. Pickwell's Binocular Vision Anomalies; Evans; 4th Edition (2002); Butterworth Heinemann
2. Clinical Management of Binocular Vision; Scheiman & Wick (2002) 2nd Edition; Lippincott Williams & Wilkins.
3. Optometric Clinical Practice Guideline; Care of the Patient with Accommodative and Vergence Dysfunction;American Optometric Association
4. Orthoptic Assessment & Management; Stidwill, D;(1998) 2nd Edition