



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA



# FARMACOLOGIA E TERAPÊUTICA OCULAR

Conselho Brasileiro de Oftalmologia

Tema Oficial  
**2013**

Marcos Ávila  
Augusto Paranhos Jr.



- Ptose miastênica: o tratamento inicial é clínico, entretanto, para casos não responsivos, a cirurgia é indicada.
- Casos em que há risco de lesão corneana de exposição (hipoestesia corneana, Bell ausente ou dificuldade de oclusão): hipo-correção ou até contra-indicação da cirurgia.

## AVANÇOS

A correção cirúrgica da ptose ainda é considerada um dos maiores desafios da cirurgia plástica ocular. Muitas vezes há necessidade de reoperações. Na tentativa de se prever a posição final da pálpebra, suturas ajustáveis podem ser utilizadas, mas não representam um consenso.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Baker RH, de Silva JD, Henderson HW, Kirkpatrick N, Joshi N. A novel technique of harvesting temporalis fascia autografts for correction of recurrent blepharoptosis. *Ophthalm Plast Reconstr Surg.* 2005 Jul; 21(4):298-300.
- Brown MS, Puttermann AM. The effect of upper blepharoplasty on eyelid position when performed concomitantly with Muller muscle-conjunctival resection. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg.* 2000; 16(2):94-100.
- Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Órbita, sistema lacrimal e oculoplástica. In: Pereira IC, Nunes TP, Matayoshi S. Blefaroptose. Rio de Janeiro: Cultura Médica/Guanabara Koogan, 2008.
- Fasanella RM, Servat J. Levator resection for minimal ptosis: another simplified operation. *Arch Ophthalmol.* 1961; 65:493-6.
- Glatt HJ, Fett DR, Puttermann AM. Comparison of 2.5% and 10% phenylephrine in the elevation of upper eyelids with ptosis. *Ophthalmic Surg.* 1990 Mar; 21(3):173-6.
- Morax S, Nunes TP, Ben-Ayed H, Hamedani M, Matayoshi S. Evaluation of the surgery results of Müller's muscle-conjunctival resection in the treatment of blepharoptosis. *Arq Bras Oftalmol.* 2005 May-Jun; 68(3):333-7.
- Puttermann AM, Urist MJ. Muller muscle-conjunctiva resection. Technique for treatment of blepharoptosis. *Arch Ophthalmol.* 1975; 93(8):619-23.
- Soares EJC, Figueiredo ARP, Souza GL et al. Blefaroptose. In: Soares EJC, Figueiredo ARP, Souza GL. Cirurgia plástica ocular. São Paulo: Roca, 1997.

## 2.2 Retração palpebral

CID: H 06.2

Filipe José Pereira

### A DOENÇA

É o posicionamento acima da normalidade das pálpebras superiores e/ou abaixo da normalidade das inferiores, caracterizado pelo MRD superior > 4,5 mm e/ou MRD inferior > 5,5 mm.

### CLASSIFICAÇÃO

- Miogênica: a causa mais frequente é a orbitopatia de Graves (OG) e recebe o epônimo de sinal de Dalrymple. Outras causas: pós-operatório de reto de reto superior, retração palpebral congênita.
- Neurogênica: regeneração aberrante do oculomotor, síndrome de Marcus Gunn, síndrome de Parinaud.

- Mecânica: cicatrizes palpebrais, ressecção excessiva de pele em blefaroplastia (*scleral show*) e proptose axial severa.

### FATORES DE RISCO

Mais de 90% das retracções palpebrais se devem à OG, cujos fatores de risco são discutidos em capítulo próprio.

### SINAIS E SINTOMAS

MRD superior > 4,5 mm e/ou MRD inferior > 5,5 mm.

Lagoftalmo e ceratite podem ocorrer em um grau leve a severo, com risco de perda visual.

Quando cicatricial, a pálpebra não acompanha os movimentos verticais do globo ocular.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pseudorretração por compensação de ptose contralateral (lei de Hering): a elevação manual da pálpebra ptótica fará que a retração contralateral desapareça, e durante a infraversão a pálpebra acompanha o movimento do olho.

A proptose pode dificultar diagnóstico ou ocorrer concomitantemente com a retração palpebral.

### COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA

Exame físico: no caso da OG, há diversas alterações associadas possíveis:

- Flare lateral: retração mais intensa na porção lateral da pálpebra superior (Figura 2.2.1).
- Sinal de Kocher: aumento da retração palpebral superior durante a fixação.
- Sinal de von Graefe: *lid lag*.
- Proptose, distúrbio da motilidade ocular, alterações congestivas e inflamatórias nas pálpebras e conjuntiva.
- Exames de sangue: tri-iodotironina (T3), tiroxina livre (T4L), hormônio tireoestimulante (TSH), anticorpo antirreceptor do TSH (TRAb).



Figura 2.2.1 Paciente com retração das 4 pálpebras: atenção ao flare lateral.

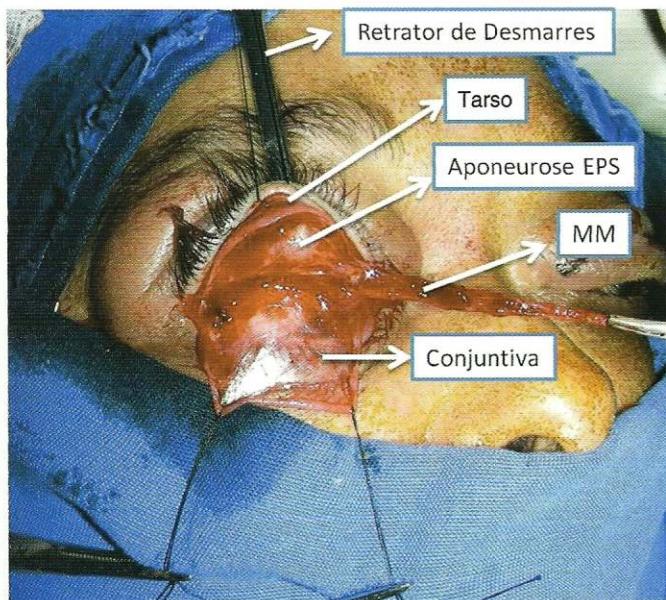
### COMO CUIDAR DO PACIENTE

Tratamento proposto de acordo com etiologia. Uso de lubrificantes em todos os casos, sendo geralmente suficiente em casos leves, especialmente em pós-operatório de blefaroplastia e OG, que podem

regredir espontaneamente. A aplicação de 5 unidades de toxina botulínica na pálpebra superior retraída pode ser utilizada como solução provisória ou para pacientes sem condições de serem submetidos à cirurgia. Pacientes com OG só devem ser operados 6 meses após estabilização do quadro clínico.

Para cirurgia das pálpebras superiores:

- **Mullerectomy:** ressecção do músculo de Müller (MM) por via posterior, indicada para pequenas retracções (2 mm a 3 mm), principalmente a pacientes que apresentem sinal de Kocher (Figura 2.2.2).



**Figura 2.2.2** Paciente durante mullerectomy: pálpebra superior evertida sobre um retrator de Desmarres após rédea com fio de seda 4.0 e incisão conjuntival logo acima do bordo tarsal, já dissecado o MM de suas aderências à conjuntiva e ao MEPS (todas as estruturas identificadas na imagem).

- **Recuo da aponeurose do músculo elevador da pálpebra superior (MEPS):** para casos moderados a severos, principalmente em pacientes que apresentem *flare*, pois é possível liberar o corno lateral da aponeurose de sua expansão para o retináculo lateral. Pode ser realizado por via anterior ou posterior, associado ou não à mullerectomy. Não há necessidade de uso de expansores, mas não é consenso.
- **Blefarotomia:** para casos moderados a severos, é realizada uma incisão de espessura total palpebral, mantendo-se apenas uma trave conjuntival na junção do 1/3 medial com os 2/3 laterais de pálpebra superior.

Para a cirurgia das pálpebras inferiores, de acordo com a etiopatogenia:

- **Ressecção de retratores associada ao uso de espaçadores:** usual em OG, podem ser utilizados materiais autólogos: palato duro, cartilagem auricular e septo nasal. Alternativamente utiliza-se esclera preservada.

- *Saoof lift* ou enxerto de pele: após blefaroplastias.

## EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO

Resultados variáveis, geralmente bastante satisfatórios, mas complicações leves, como contorno irregular, hipo ou hipercorreção, são muito comuns. É importante compartilhar com o paciente as expectativas de acordo com o tipo e a intensidade de retração. Mais de uma cirurgia pode ser necessária.

## PREVENÇÃO

Somente para causas mecânicas; evitar iatrogenias.

## ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

Pós-operatório: repouso relativo e uso constante de lubrificantes. O paciente deve estar ciente da possibilidade de reoperação.

## AVANÇOS

Medidas pré-operatórias que garantam a previsibilidade na cirurgia.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Bartley GB. The differential diagnosis and classification of eyelid retraction. *Ophthalmology*. 1996; 103:168-76.  
Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Órbita, sistema lacrimal e oculoplástica. In: Figueiredo ARP, Fonseca AP, Matayoshi S. Retração palpebral. Rio de Janeiro: Cultura Médica/Guanabara Koogan, 2008.  
Costa PG, Saraiva FP, Pereira IC, Monteiro ML, Matayoshi S. Comparative study of botox injection treatment for upper eyelid retraction with 6-month follow-up in patients with thyroid eye disease in the congestive or fibrotic stage. *Eye (Lond)*. 2009 Apr; 23(4):767-73. doi: 10.1038/eye.2008.165. Epub 2008 Jun 6.  
Cruz AA, Ribeiro SF, Garcia DM, Akaishi PM, Pinto CT. Graves upper eyelid retraction. *Surv Ophthalmol*. 2013 Jan-Feb; 58(1):63-76. doi: 10.1016/j.survophthal.2012.02.007.

## 2.3 Entrópio

CID: H-02.0

Angelino Julio Cariello

## A DOENÇA

O entrópio caracteriza-se pela rotação da pálpebra com aproximação de sua margem livre do globo ocular. Frequentemente causa sintomas irritativos pelo contato dos cílios com a superfície do olho e constitui um risco para ulcerações, infecções, opacidades e neovascularização da córnea com consequente perda visual.

## CLASSIFICAÇÃO

- **Congênito:** a presença de uma prega de pele e músculo orbicular na pálpebra inferior direciona os cílios contra o globo (Figura 2.3.1). Bastante raro e geralmente bilateral.