



CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA



# FARMACOLOGIA E TERAPÊUTICA OCULAR

Conselho Brasileiro de Oftalmologia

Tema Oficial  
**2013**

Marcos Ávila  
Augusto Paranhos Jr.



*Cultura Médica*<sup>®</sup>

# **CAPÍTULO - PTOSE PALPEBRAL**

mil nascidos vivos. A metade dos casos apresenta mutação no gene FRAS 1 no cromossomo 4 e FREM 1 no cromossomo 9.<sup>1</sup>

São fatores de risco à consanguinidade nas famílias em que há mais de um caso de criptofalmo e a presença de irmãos afetados.

## SINAIS E SINTOMAS

Na forma completa não há estrutura palpebral, somente pele que comunica a região frontal com a face. Na forma parcial, parte da pálpebra malformada é fundida com o globo ocular. Para diagnóstico da síndrome de Fraser devem-se considerar, no entanto, os seguintes critérios:<sup>3</sup>

- **Maiores:** criptofalmo completo ou parcial, sindactilia, anomalias da genitália (masculina: criptorquidia e hipospádia; feminina: uterina, tubária, clitoromegalia).
- **Menores:** malformação nasal, auricular e/ou laríngea; hérnia umbilical, anomalia renal (displasia, hipoplasia, agenesia), anomalias ósseas, fendas labiais e/ou palatinas, retardo mental.

O diagnóstico é baseado na presença de 2 critérios maiores e 1 menor ou 1 critério maior e 4 menores.

A ecografia fetal pode auxiliar na detecção das anomalias presentes na síndrome de Fraser. Os indícios oftalmológicos consistem na detecção de microftalmia e ausência da fenda palpebral, que podem ser observadas a partir da 16ª e 26ª semanas de gestação.<sup>4,5</sup>

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A forma parcial do criptofalmo deve ser diferenciada do coloboma palpebral, no qual não há adesão da pele à córnea.

## COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA

O exame externo permite detectar a ausência das pálpebras. A ultrasonografia permite a detecção da microftalmia ou de cistos. Exames eletrofisiológicos, como potencial visual evocado, podem ser úteis para o planejamento cirúrgico.

## COMO CUIDAR DO PACIENTE

Avaliar a expectativa da família em relação ao aspecto estético e funcional antes de indicar procedimentos cirúrgicos. Na forma completa não há prognóstico visual. O tratamento cirúrgico tem o objetivo de

promover uma cavidade que possa abrigar uma prótese ocular. Como a pele não apresenta plano de clivagem com a córnea, a dissecação deve ser extremamente cuidadosa. Frequentemente é necessário enuclear o olho malformado.

Na forma parcial, se houver prognóstico visual, é necessário reconstruir a superfície ocular além das pálpebras. A reconstrução palpebral pode ser realizada por diferentes técnicas, dependendo da área a ser reconstruída, lembrando que são reconstruções complexas nas quais ambas as lamelas, anterior e posterior, devem ser restituídas, além dos fórnices conjuntivais.

## EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO

Essa grave malformação palpebral e ocular muitas vezes está associada à cegueira. Nos casos parciais em que há visão útil, a cirurgia pode ajudar na reabilitação cosmiética.

## PREVENÇÃO

Não se aplica.

## ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

Na presença de criptofalmo deve-se realizar avaliação sistêmica devido à alta associação com a síndrome de Fraser.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saleh GM, Hussain B, Verity DH, Collin JR. A surgical strategy for the correction of Fraser syndrome cryptophthalmos. *Ophthalmology*. 2009 Sep; 116(9):1707-12.
2. Katowitz WR, Katowitz JA. Congenital and developmental eyelid abnormalities. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2009; July Supplement, 124(1S): 93e-105e.
3. Thomas IT, Frias JL, Felix V, Sanchez de Leon L, Hernandez RA, Jones MC. Isolated and syndromic cryptophthalmos. *Am J Med Genet*. 1986 Sep; 25(1):85-98.
4. Berg C, Geipel A, Germer U, Pertersen-Hansen A, Koch-Dörfler M, Gembruch U. Prenatal detection of Fraser syndrome without cryptophthalmos: case report and review of the literature. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2001; 18:76-80.
5. Vijayaraghavan SB, Suma N, Lata S, Kamakshi K. Prenatal sonographic appearance of cryptophthalmos in Fraser syndrome. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2005; 25:629-30.

## Capítulo 2

# Distúrbios do posicionamento palpebral

## 2.1 Ptose

CID: H02.4

Filipe José Pereira

### A DOENÇA

É o posicionamento abaixo da normalidade de uma ou ambas as pálpebras superiores. Utiliza-se como padrão a medida da distância entre

o centro da pupila e a margem palpebral superior (MRD 1 = distância margem-reflexo superior) em PPO, e considera-se ptose quando está abaixo de 2 mm ou apresenta assimetria > 1 mm entre os lados.

### CLASSIFICAÇÃO

De acordo com a idade do aparecimento e etiologia:

- **Congênita:** devido à distrofia do músculo elevador da pálpebra superior (MEPS). Considerada miogênica isolada.

- **Adquirida:** há 4 possibilidades: aponeuróticas (o estiramento ou desinserção da aponeurose do MEPS por trauma, involucional ou uso do blefarostato em cirurgia oftalmológicas), miogênicas (miastenia gravis, distrofia miotônica, oftalmoplegia externa progressiva), neurogênicas (síndrome de Horner, paralisia do nervo oculomotor) e mecânicas (em efeito de massa de tumores ou cicatrizes conjuntivais restritivas).

A ptose pode também ser classificada, de acordo com a intensidade, em leve, moderada ou grave.

## FATORES DE RISCO

Idade, usuários de lentes de contato de longa data e uso do blefarostato na ptose adquirida aponeurótica. Nas outras causas, não há fatores de risco identificados.

## SINAIS E SINTOMAS

- **MRD 1:** a média da população normal é de 3,5 mm. Abaixo de 2 mm ou assimetria > 1 mm entre os lados caracteriza ptose (Figura 2.1.1).
- **Acuidade visual:** verificar se há ambliopia por privação ou anisometropia (bastante comum).
- **Motilidade ocular:** verificar se há estrabismo associado.
- **Função do MEPS:** excursão da pálpebra superior entre a infra e a supradução máximas com ação do músculo frontal bloqueada com o dedo do examinador. O valor de referência é 15 mm, podendo ser considerada boa (> 8 mm), regular (5-8 mm) ou fraca (< 5mm).
- **Sulco palpebral superior:** devendo ser único e simétrico, traduz a inserção cutânea da aponeurose do MEPS. Se ausente, é relacionado com baixa função MEPS; se deslocado superiormente, é relacionado com desinserção da aponeurose do MEPS.
- **Lid lag:** ou atraso palpebral, é a limitação do relaxamento palpebral na infraversão, tipicamente encontrada na ptose congênita.



Figura 2.1.1 A. Paciente com ptose congênita à esquerda com as medidas (MRD). B. O pós-operatório de avanço da aponeurose do MEPS à esquerda alcançando a simetria de altura, sulco e contorno palpebral.

- **Fenômeno de Bell:** os globos oculares movimentam-se para cima (ou para baixo) e para os lados ao se abrir manualmente os olhos do paciente que tenta fechá-los. É fundamental sua positividade, pois representa proteção contra lesões corneanas em um pós-operatório em que haverá dificuldade de ocluir-se totalmente os olhos.
- **Filme lacrimal:** olhos secos requerem mais cuidados pós-operatórios ou até mesmo contra-indicação à cirurgia em casos severos.
- **Teste da fenilefrina:** baseia-se na estimulação direta dos receptores adrenérgicos do músculo de Muller pela instilação de colírio de fenilefrina a 2,5% ou a 10% (mínima diferença) em fórnice inferior do lado ptótico. Se a pálpebra superior se eleva ao nível palpebral normal ou simétrico em relação à outra, o teste é positivo.

Defeitos associados como dermatocalázio, blefarofimose, coloboma, cicatrizes ou outros podem ocorrer e ser corrigidos conjuntamente com a ptose.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Hipotropia e retração palpebral contralateral podem mimetizar ptose e são denominadas pseudoptose. A correção é feita por meio de cirurgia de estrabismo e correção da retração, respectivamente.

## COMPROVAÇÃO DIAGNÓSTICA

O exame clínico é suficiente por si. Se houver suspeita de miastenia, deve-se realizar teste do gelo, teste do Tensilon ou Prostigmine.

## COMO CUIDAR DO PACIENTE

Correção exclusivamente cirúrgica. Há 3 técnicas principais em ordem de complexidade:

- **Conjuntivomullectomia:** por via posterior faz-se um encurtamento do músculo de Müller (MM) em 6 mm, 8 mm ou 10 mm, dependendo da resposta ao teste da fenilefrina, respectivamente: 1 mm acima, na altura ou 1 mm abaixo da altura desejada. Aos casos que não respondem bem, esta técnica não é indicada. É um método considerado de relativamente fácil e de rápida execução, ausência de cicatrizes visíveis, maior previsibilidade do resultado pós-operatório, alta taxa de sucesso independentemente do grau de ptose e possível associação a blefaroplastia ou outras cirurgias. Existe uma variante dessa técnica, que é a tarsoconjuntivomullectomia (Fasanella-Servat) (Figura 2.1.2).
- **Avanço da aponeurose por via anterior:** técnica utilizada em casos de boa função do MEPS. A aponeurose é refixada na face anterior do tarso, no terço superior. É a cirurgia preferida quando se realiza concomitantemente com a blefaroplastia superior. Pode haver necessidade de ressecar parte da aponeurose para elevar a pálpebra. Uma variante, porém mais complexa, é o avanço retro-Whitnall, no qual há um encurtamento do músculo elevador da pálpebra, e não somente da aponeurose.
- **Suspensão ao frontal:** uma faixa de fásia lata ou temporal é suturada no tarso e conectada ao músculo frontal. É mais bem indicada quando a ptose é bilateral, há um recrutamento frontal e não estão indicadas as alternativas anteriores. Uma opção ao material autógeno é o Silastic. Existe uma variante da técnica, que é a conexão ao frontal, reservada às miastenias.



**Figura 2.1.2** Sequência da técnica de conjuntivomullerectomia: A. Rédea de pálpebra superior com fio de seda 4.0 com eversão palpebral sobre o retrator de Desmarres. O compasso demonstra que as 3 suturas de tração com seda 4.0 são realizadas 4 mm acima de margem tarsal superior. B. Tração realizada com os fios da sutura. C. Pinça de Putterman ou de Halsted clampeia o complexo Muller-conjuntiva (total de 8 mm) logo acima de margem tarsal superior. D. Sutura contínua com poliglactina 910 6.0 é realizada de temporal para nasal; depois, de nasal para temporal e enodado. E. O tecido é excisado com lâmina 15 direcionado para a pinça. F. a sutura de tração é removida.

As técnicas possíveis estão listadas na Tabela 2.1.1, em destaque a preferência do autor.

## EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO

Os resultados são bastante variáveis, sendo, por isso, importantíssimo compartilhar com o paciente as expectativas de acordo com o tipo e a intensidade da ptose. Reoperações por hipo ou hipercorreções ocorrem com certa frequência. Outras complicações são: contorno e cicatrizes irregulares ou inestéticas, lagoftalmo, ceratites e úlceras de córnea, prolapso conjuntival, entrópio e ectrópio.

## ORIENTAÇÕES AO PACIENTE

Em relação ao tempo de intervenção:

- **Ptose na criança:** se ambliopia, antecipar cirurgia; caso não haja diferença visual entre os olhos, a cirurgia pode ser indicada a partir dos 3 anos de idade.
- **Ptose e estrabismo:** se houver estrabismo vertical, este deve ser sempre corrigido primeiro.
- **Ptose traumática:** o ideal é aguardar 6 meses e intervir em melhores condições teciduais (edema e fibrose).

**Tabela 2.1.1** Possíveis técnicas cirúrgicas para a correção da ptose (as de preferência do autor estão em negrito)

	Congênita	Adquirida aponeurótica	Adquirida miogênica	Adquirida neurogênica	Adquirida mecânica
Conjuntivomullerectomia	Não	<b>Sim, se t. fenilefrina +</b>	Não	<b>Sim, se t. fenilefrina +</b>	Não
Avanço da aponeurose do MEPS	<b>Sim, se uni ou bilateral</b>	Sim	Não	Sim	Não
Suspensão ao frontal	Sim, se bilateral	Não	<b>Sim</b>	Não	Não
Outras	Não	Não	Não	Não	<b>Ressecção tumores /corrigir cicatrizes conjuntivais</b>

- **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): hipocorreção 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, Putterman 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, Putterman 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.
- Putterman 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.

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

## FATORES DE RISCO

Mais de 90% das retrações 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).

## 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 recuo de reto superior, retração palpebral congênita.
- **Neurogênica:** regeneração aberrante do oculomotor, síndrome de Marcus Gunn, síndrome de Parinaud.



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

# **CAPÍTULO - RETRAÇÃO PALPEBRAL**

- **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): hipocorreção 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, Putterman 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, Putterman 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.
- Putterman 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.

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

## FATORES DE RISCO

Mais de 90% das retrações 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).

## 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 recuo de reto superior, retração palpebral congênita.
- **Neurogênica:** regeneração aberrante do oculomotor, síndrome de Marcus Gunn, síndrome de Parinaud.



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

### COMO CUIDAR DO PACIENTE

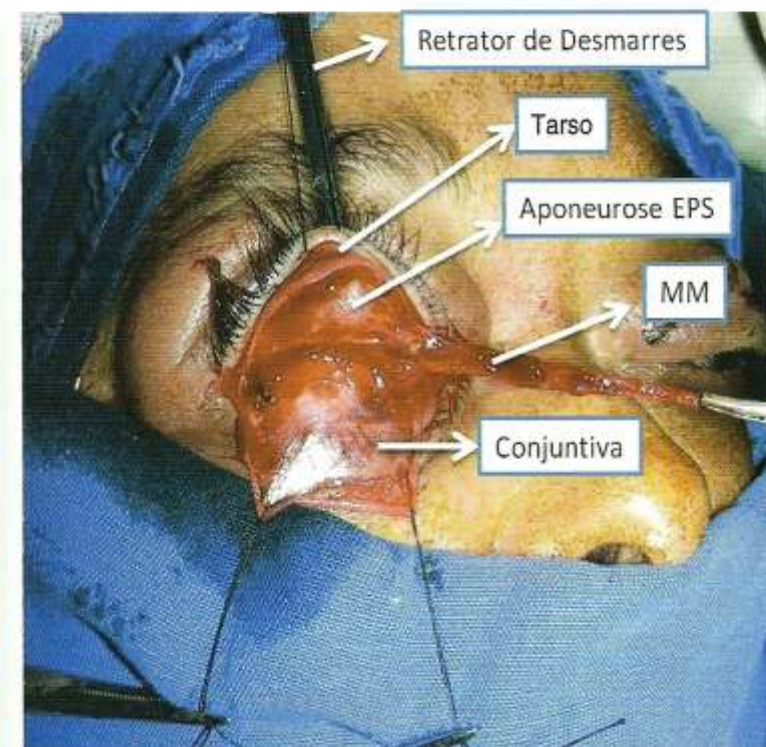
Tratamento proposto de acordo com etiologia. Uso de lubrificantes em todos os casos, sendo geralmente suficiente em casos leves, especialmente em pós-operatório de blefaroplastia e OG, que podem



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:

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



**Figura 2.2.2** Paciente durante mullerectomia: 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 mullerectomia. 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.

*Soof 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.