

## 4. PÁLPEBRAS

**António Ramalho**

### 4.1 ANOMALIAS CONGÉNITAS

As anomalias palpebrais congénitas além do aspecto estético, podem ser uma ameaça à visão.

- **Ablefaro**

Significa, que não tem pálpebras.

Consiste num deficit da lâmina anterior das pálpebras

- **Microblefaro**

Caracterizado pela existência de pálpebras pequenas. Associação frequente a anoftalmia. Pode ocorrer uma queratite de exposição.

- **Anomalia da obliquidade da fenda palpebral**

Acentuação obliquidade nos portadores de trissomia 21 (devido à ausência ou malformação do lig. palpebral externo).

S. Francechetti (inclinação antimongolóide - posição mais baixa do canto externo).

Europeus (o canto externo está 1-2 mm mais alto do que o canto interno).

- **Anomalia da posição do cantus**

TELECANTO - deslocação para fora fora do canto interno - S.Crouzon, S.Apert.

Raro. Consiste no aumento da distância entre os cantos internos, causado por lesão, ruptura ou comprimento excessivo dos tendões do canto interno.

Isolado ou associado ao Síndrome de blefarofimose.



Fig. 4.1 Telecanto

### EURILBLEFARON

Anomalia palpebral congénita, caracterizada pelo alargamento horizontal, bilateral, da fenda palpebral. Deslocação para fora do cantus externo, associado a grandes pálpebras.

Associação frequente a malposição canto externo e ectropion congénito.

Má oclusão palpebral originando uma queratite de exposição.

- **Anquiblefaro**

Consiste na ausência de separação das pálpebras numa extensão maior ou menor.

Anquiblefaron filiforme ad natum - presença de bandas elásticas unindo os 2 bordos livres.

É uma malformação congénita, caracterizada pela ausência de separação de parte dos bordos palpebrais (fusão total ou parcial dos bordos livres palpebrais).

Frequentemente bilateral.

ETIOLOGIA: Secundária a queimaduras químicas, inflamação cicatricial.

Associação com anomalias craniofaciais.



Fig. 4.4 Anquiblefaro parcial

- **Blefarofimose**

Alteração anatómica bilateral das pálpebras, caracterizada pela existência de pálpebras anormalmente estreitas no sentido horizontal. Estreitamento em altura e em comprimento da fenda palpebral.

Doença genética rara. Autossómica dominante.

TRIÁDE KOMOTO - blefarofimose, epicanthus inversus e ptose. Associação com hipogonadismo.



Fig. 4.5 Blefarofimose bilateral, ligeiramente assimétrica Fig 4.6 Blefarofimose assimétrica

- **Epicanto**

Afecção caracterizada pela existência de pregas cutâneas verticais, de forma semilunar, da pálpebra superior, cobrindo o canto interno do olho, sem lhe aderir. Prega cutânea vinda da raiz nariz, que se projecta ao lado da comissura interna.

CLASSIFICAÇÃO- epicanto supraciliares, palpebrais, tarsalis e inversus.

Bilateral e simétrica. Frequente nos asiáticos.

Característica do Síndrome de Down e em populações da Ásia oriental.

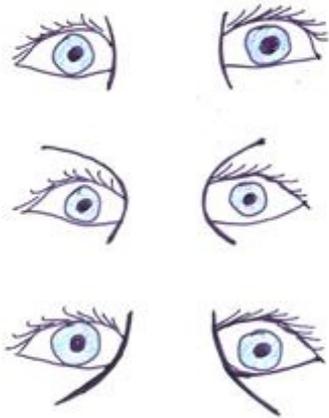


Fig. 4.7 Epicanto palpebral tarsal e inverso



Fig. 4.8 Epicanto inverso

### FORMAS ASSOCIADAS

No decurso de síndromes malformações de origem cromossómica.

Na trissomia 21 ocorre o epicanto palpebrais.

### TRATAMENTO

Técnica de Blair modificada - plastia com um Z duplo e inversão flaps modificada.

- **Ectropion congénito**

Surge na blefarofimose, mas pode ser visto na trissomia 21.

Afecta em geral as 2 pálpebras.

- **Entropion congénito**

Devido a uma falta de suporte do bordo livre sobre o globo ocular pequeno.

Importância dum diagnóstico precoce e a necessidade duma intervenção cirúrgica imediata, de modo a evitar lesões da córnea.

O entropion da pálpebra superior é mais raro do que o entropion inferior.

ETIOLOGIA: Disgenesia do retractor das pálpebras, encurtamento vertical da lamela posterior e defeitos do tarso.

O tratamento é sempre cirúrgico (TÉC. CELSIUS - ressecção em crescente da pálpebra inferior).



Fig. 4.9 Entrópion da pálpebra inferior.

- **Distiquíase**

Fila supranumerária cílios atrás da fila normal, na emergência da linha cinzenta de emergência das gl. Meibomius.

TRATAMENTO: consiste na ressecção duma banda posterior bordo livre, associadas a um enxerto da mucosa.

- **Colobomas palpebrais congénitos**

São fendas palpebrais resultantes duma ausência de fusão de 2 processos contíguos:

Malformação congénita rara, caracterizada pela existência dum defeito parcial ou total da espessura das pálpebras. Uni ou bilateral. Típicos ou atípicos. Localização mais frequente na união do 1/3 externo com o 1/3 médio na pálpebra superior ou no 1/3 externo da pálpebra inferior<sup>1</sup>.

Hereditária ou provocada por fármacos ou agentes infecciosos.

Podem atingir qualquer estrutura ocular.

A maioria apresenta-se como facto isolado, sem doença sistémica associada.

Isolados, de forma S. Franceschetti ou formas associadas (dermóides epibulbares).

Formas extrema (ablefaria ou ausência total pálpebra).

No coloboma do 1/3 externo, importa pesquisar a agenesia malar.

A displasia palpebral superior constitui uma urgência cirúrgica RN (ulcera córnea).

O “timing” da cirurgia depende da extensão do coloboma e da exposição da córnea, causada pelo defeito. A cirurgia para os pequenos defeitos deve ser protelada até aos 3-6 meses de idade<sup>2</sup>.

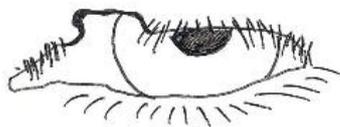


Fig. 4.10 Coloboma da pálpebra superior



Fig. 4.11 Coloboma da pálpebra inferior

- **Criptofalmia**

Ausência das pálpebras. Malformação congénita do globo ocular, completa ou incompleta<sup>3</sup>. É responsável pela passagem directa da pele da frente à bochecha.

As pálpebras substituem-se apenas por uma delicada camada de pele, aderente a um olho microftálmico.



Fig. 4.12 Criptofalmo á direita

- **Epiblefaro**

Prega cutânea horizontal extra, congénita, que direcciona os cílios para cima, contra o globo ocular.

Frequente nos orientais.

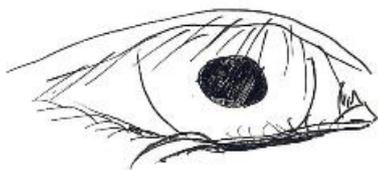


Fig. 4.13 Epiblefaro

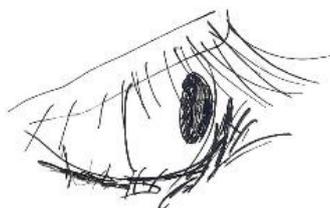


Fig. 4.14 Epiblefaro (perfil)

- **Eversão palpebral congénita**

Encontra-se mais frequentemente em crianças da raça negra e na Síndrome de Down. Tipicamente é bilateral e assimétrica. Rara.

Resolução espontânea com tratamento conservador ou com intervenção cirúrgica.

É rara a perfuração da córnea necessitando dum transplante de córnea.



Fig. 4.15 Eversão palpebral congénita

- **Ptose palpebral congénita**

Caracteriza-se pelo posicionamento anormalmente baixo do bordo palpebral superior.

O MRD (Margin reflex distance) traduz a distância entre o reflexo pupilar e o bordo palpebral superior. Existe ptose se o MRD for menor do que 2 mm.

Em 75% dos casos é unilateral. Não hereditária.

ETIOLOGIA: Miogénico (o mais frequente), aponevrótico e neurogénico.

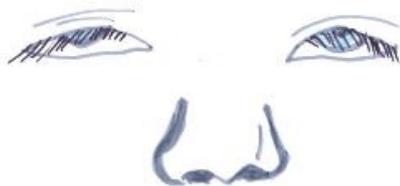


Fig. 4.16 Ptose palpebral bilateral



Fig. 4.17 Ptose palpebral à direita

## 4.2 AFECÇÕES CUTÂNEAS DAS PALPEBRAS

### MODIFICAÇÕES FORMA

#### **ENFISEMA SUB-CUTÂNEO**

Fissura traumática da cavidade aérea da face.



### EDEMA PÁLPEBRA

- Edema lívido- dos cardíacos e nefropatas.
- Edema mixedema - generalizado, duro e elástico.
- Edema alérgico - tem aspecto suculento e translúcido.
- Edema duro e crónico da elefantíase - devido à erisipela de repetição.
- **Edema alérgico agudo**  
Ocorrem após uma picada insecto ou administração fármacos.  
Início agudo. Edema periorbitário.



Fig. 4.18 Edema das pálpebras  
Pós picada de insecto



Fig. 4.19 Edema palpebral do olho esquerdo

- **Dermatite contacto**

É uma reacção inflamatória causada por hipersensibilidade que ocorre após a administração de fármacos tópicos ou cosméticos. Frequente.

SINTOMAS: Sensação picada. Ardor.

SINAIS: Edema palpebral. Eritema. Descamação. Quemose. Conjuntivite papilar associada. Erosões corneanas punctiformes.



Fig. 4.20 Dermatite contacto pós aplicação de um creme antirugas



Fig. 4.21 Dermatite contacto

- **Eczema atópico ou dermatite atópica**

Idiopática. Frequente.

Associação com asma e febre dos fenos e patologia cutânea generalizada.

SINAIS: Eritema, endurecimento, fissuração e aparecimento de escamas. Blefarite e madarose associadas.



Fig. 4.22 Eczema atópico acentuado

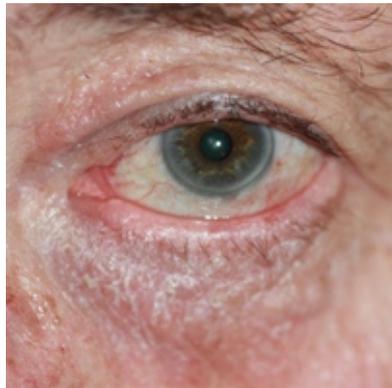


Fig. 4.23 Eczema atópico acentuado

- **Edema palpebral inferior**

Edema que afecta tipicamente as pálpebras inferiores.

ETIOLOGIA: Mixedema, I. renal, Xantogranuloma periocular do adulto.



Fig. 4.24 Edema palpebral inferior bilateral



Fig. 4.25 Edema palpebral inferior

## **MODIFICAÇÃO TEXTURA**

### **ATROFIA EPIDÉRMICA**

Alteração degenerativa do colagénio e do tecido elástico.

### **ATROFIA DERME**

Pele adelgada que descai sobre a fenda palpebral (blefarocalaza).

### **FIBRAS ABERRANTES DO ORBICULAR**

Responsáveis por um epicanto que esconde a comissura interna.

- **Dermatocalaza**

Frequente. Bilateral. Idosos.  
Caracterizada por uma redundância da pele da pálpebra superior



Fig.4.26 Dermatocalaza

- **Blefarocalaza**

Raro. Indolor. Caracteriza-se pela existência de episódios recorrentes de edema palpebral. Pele palpebral redundante, enrugada e atrófica.



Fig. 4.27 Blefarocalaza

## INFECCÕES

### **PIOCÓCICAS**

Estafilococos

Furúnculo e antrax requerem AB sistémica.

### **TUBERCULOSE**

Cancro tuberculose e lúpus deixam cicatrizes retrácteis.

### **ESPIROQUETAS**

Sífilis nos períodos 2º e 3º.

### **VIROSES**

A zona oftálmica evolui para a cura em 15 dias, deixando uma cicatriz acrómica e anestésica.

### **MICOSES**

Actinomicoses e candidíase.

- **Pediculose palpebral**

Infestação das pestanas.

Doença venérea. Pode afectar crianças com más condições higiénicas.

SINTOMAS: Prurido intenso, ardor e sensação picadas.

**SINAIS:** Piolhos e lêndeas na base das pestanas. Eritema bordo palpebral. Sobreinfecção bacteriana palpebral.



Fig. 4.28 Pediculose palpebral.

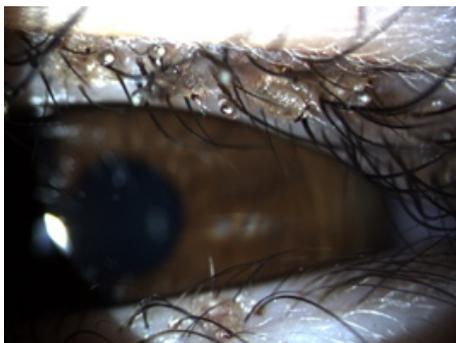


Fig. 4.29 Pediculose palpebral

- **Herpes zoster**

Infecção causada pelo vírus varicela-zoster. Unilateral. Frequente. Afecta tipicamente os idosos e imunodeprimidos.

**SINTOMAS:** Dor no território de distribuição do 1º ramo do nervo trigémio. Prurido.

**SINAIS:** Exantema maculopapular, unilateral, com evolução rápida para vesículas de líquido transparente. As vesículas rompem-se e evoluem para crostas. Edema palpebral.



Fig. 4.30 Herpes zoster



Fig. 4.31 Edema pálpebral acentuado no herpes zoster



- **Varicela**

Infecção viral, contagiosa, caracterizada pela presença de manchas planas, que evoluem para vesículas e crostas.

Prurido intenso característico.



Fig. 4.32 Varicela

Fig. 4.33 Varicela com vesícula no rebordo palpebral

- **Herpes simples**

SINAIS: Vesículas de líquido transparente, em base eritematosa, no bordo palpebral e periorbitárias. Mais frequentes nas pálpebras superiores. As vesículas rompem-se em 48 horas, dando origem a crostas. Conjuntivite papilar associada a edema palpebral. Secreção aquosa. Adenopatia pré-auricular dolorosa.

Consiste numa reactivação do vírus do herpes simples latente no gânglio do trigémio.



Fig. 4.34 Herpes simples

- **Erisipela**

Rara. É uma celulite subcutânea, disseminada.

O factor desencadeante é um traumatismo.

ETIOLOGIA: *S. pyogenes*

SINAIS: Eritema subcutâneo, em forma de borboleta, endurecida e bem delimitada. Dolorosa à palpação.

- **Hordéolo**

É uma infecção aguda, estafilocócica da glândula de Zeiss associada a um folículo de pestana.

Isolados ou múltiplos.

SINAIS: Edema e tumefacção dolorosa na zona do bordo palpebral, habitualmente com uma pestana no seu vértice.

Dois subtipos:

- Hordeolo externo – provocado por uma infecção estafilocócica das glândulas de Zeiss e Moll. O abscesso aponta para o lado da pele das pálpebras.

- Hordeolo interno – caracteriza-se por uma infecção estafilocócica das glândulas de Meibomius (tende a abrir-se para a conjuntiva tarsal).

O microorganismo mais frequente é o *S. aureus*.



Fig. 4.35 Hordéolo da pálpebra superior



Fig. 4.36 Hordéolo interno da pálpebra inferior

- **Fasciite necrotizante**

Rara. É uma necrose progressiva, que evolui rapidamente, afectando as partes moles subcutâneas e, posteriormente, a pele. A infecção periocular é rara e habitualmente secundária à cirurgia ou traumatismo.

Bilateral. Necrose dos tecidos subcutâneos, potencialmente letal.

ETIOLOGIA: *S. aureus* e *S. pyogenes*.

SINAIS: Placas de cor negra, causada por gangrena.

- **Molusco contagioso**

É uma infecção cutânea, causada por um poxvírus.

Transmite-se por contacto com pessoas infectadas.

SINAIS: Nódulo único ou múltiplo, branco-amarelado, umbilicado. Conjuntivite folicular associada

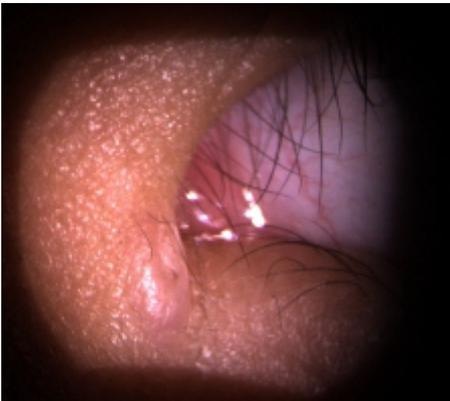


Fig. 4.37 Molusco contagioso



Fig. 4.38 Molusco contagioso

- **Impétigo**

Pouco frequente. Infecção superficial da pele. Bilateral. Mais frequente em crianças.

ETIOLOGIA: *S. aureus* ou *S. pyogenes*.

SINAIS: Eritema e máculas, com evolução para vesículas pequenas e múltiplas. Rompem-se, originando crostas verde-amareladas.

- **Antraz**

ETIOLOGIA: bacillus anthracis

SINAIS: Edema palpebral. Evolução para pápulas, vesículas. Evolução para uma escara tipo carvão preto. A cicatrização pode levar ao ectropion cicatricial.

- **Variola**

Resulta por autoinoculação da vacinação.

SINAIS: blefaroconjuntivite difusa e pústulas umbilicadas

A córnea é raramente atingida.

- **Dermatite infecciosa**



Fig. 4.39 Dermatite infecciosa bilateral

- **Mucormicose**

Infecção oportunista. Rara. Afecta tipicamente os doentes com cetoacidose diabética ou com imunodepressão. Produz vasculite oclusiva, com enfartes isquémicos do tecido orbitário.

ETIOLOGIA: Fungo, da família Mucoraceae.

SINAIS: edema da face e periórbita, com placa de cor negra nas pálpebras.

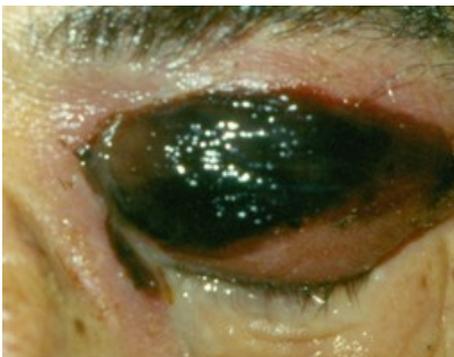


Fig. 4.40 Gangrena da pálpebra superior

## **MODIFICAÇÕES DA COR**

Hiperpigmentação congénita (nevo ota) ou adquirida (basedow , addison)

Lentiginose peri-orifical peutz-jehers.

Xantelasma (alteração do metabolismo dos lípidos)

Closma (gravidez ou ingestão anovulatórios)

Despigmentação pálpebras (vitiligo e S.Vogts-Koyanagi).

Leucodermia (utilização de eserina).

### **1) TUMORES MELANOCÍTICOS**

O início do nevo adquirido ocorre habitualmente pelos 5-10 anos. Podem ocorrer em qualquer parte das pálpebras. Ocasionalmente localizam-se ao redor do canalículo lacrimal.

O risco de transformação maligna é cerca de 4-6%.

## A) NEVO MELANOCÍTICO

- **Nevo congénito**

É clinicamente aparente ao nascimento. Uma variante é o nevo dividido ou “em beijo”. A transformação maligna para melanoma corre em 4 a 6 % dos casos.



Fig. 4.41 Nevo congénito na pálpebra inferior

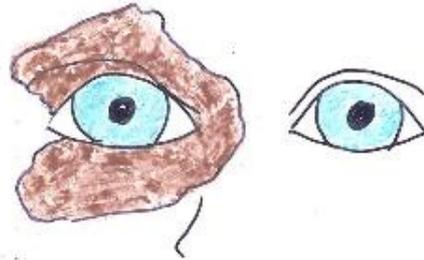


Fig. 4.42 Nevo congénito extenso

- **Nevo congénito dividido ou em beijo**

As lesões estão adjacentes na pálpebra superior e inferior, resultado da migração dos nevócitos antes da separação embriológica das pálpebras.

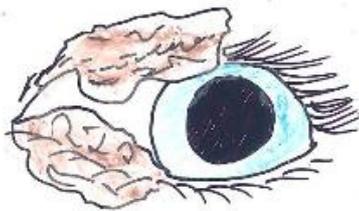


Fig. 4.43 Nevo congénito dividido

- **Nevo melanocítico pigmentado**

São tipicamente benignos, presentes na infância, altamente pigmentados sobretudo localizados no bordo palpebral. Baixo risco de transformação maligna<sup>4</sup>.



Fig. 4.44 Nevo melanocítico pigmentado palpebral



Fig. 4.45 Nevo melanocítico pigmentado no bordo palpebral

- **Nevo melanocítico não pigmentado**



Fig. 4.46 Nevo melanocítico não pigmentado



Fig. 4.47 Nevo melanocítico não pigmentado

### **B) MELANOCITOSE OCULODÉRMICA (NEVO OTA)**

É uma pigmentação congênita periocular, acinzentada e aplanada. São usualmente unilaterais. Frequentemente apresentam uma hiperpigmentação da íris e coróide. A transformação maligna é rara.



Fig. 4.48 Melanocitose oculodérmica à direita

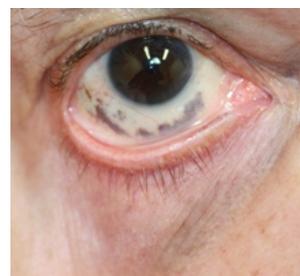


Fig. 4.49 Melanocitose oculodérmica

### **C) LENTIGO MALIGNO (LENTIGO HUTCHINSON)**

É uma pigmentação cutânea adquirida. É mais comum em zonas expostas da pele. Início pela 6<sup>a</sup>-7<sup>a</sup> década de vida

Cerca de 30% dos casos não tratados evoluem para melanoma maligno. Habitualmente ocorrem cerca de 10-15 anos, a partir da data em que foi notado pela primeira vez.

SINAIS: Lesão plana, pigmentação variável, não palpável, irregular, cor acastanhada.



Fig. 4.50 Lentigo maligno

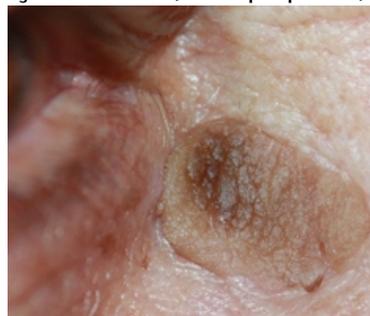


Fig. 4.51 Lentigo maligno da pálpebra inferior

### **D) NEVO AZUL CELULAR**

São raros. Caracterizados por serem nódulos palpebrais pequenos ou lesões cinzento-acastanhadas, aplanadas. Não há melanocitose ocular associada.



Fig. 4.52 Nevo azul celular

### E) MELANOMA MALIGNO PRIMÁRIO

Aspectos clínicos similares aos outros melanomas cutâneos. História de exposição solar<sup>5</sup>. Podem ser nodulares ou extensão superficial. Podem estender-se à órbita ou metastizar para os gânglios linfáticos regionais, fígado ou outros órgãos.

Tratamento: excisão cirúrgica, com bordos de segurança (desejável 5 mm), seguida de reconstrução palpebral<sup>6</sup>.

### E) EFÉLIDES

Vulgarmente conhecidas como sardas.



Fig. 4.55 Éfélides



Fig. 4.56 Éfélides

## 2) DESPIGMENTAÇÃO

### A) VITILIGO

Manchas de despigmentação cutânea, bem delimitadas, progressivas

ETIOLOGIA: Idiopática, Mixedema, tirotoxicose. Anemia perniciosa. S. Vogt-koyanagi-Harada.



Fig. 4.57 Vitiligo nas pálpebras

## DERMATOSES

É a inflamação da pele consequência de alguma agressão externa.

DERMATITE AGUDA - eritema, edema, vesículas e crostas.

DERMATITE CRÓNICA - engrossamento pele e eritema.

ECZEMA - é a dermatose palpebral mais frequente.

DERMATOSES BOLHOSAS (S.Stevens-Johnson, S. Lyell (pressupõe toxidermia, Lúpus, psoríase e angiosarcoma Kaposi).

TIPOS - dermatite contacto

- dermatite atópica

### **4.3 DOENÇA DO BORDO LIVRE PALPEBRAS**

#### **BLEFARITES CILIARES**

Constituem as inflamações agudas ou crónicas do bordo palpebral, que se acompanham de alterações 2ª na conjuntiva e córnea (relação com o estado físico e psíquico do doente).

É típico que os sintomas sejam mais intensos de manhã.

#### **ETIOLOGIAS**

A etiologia não é clara e o tratamento é insatisfatório.

As suas causas mais importantes são a infecção a estafilococos e a seborreia.

Descrito o quadro pela síndrome dos 3 S (S. aureus, seborreia e secura ocular).

#### **CAUSAS LOCAIS**

- Defeitos de refração, má luminosidade, cosméticos e infecções.

#### **CAUSAS GERAIS**

- Alérgicas, dermatológicas, constitucionais e psicossomáticas.

### **MANIFESTAÇÕES SECUNDÁRIAS**

Conjuntivite papilar crónica.

Erosão epitelial punctiforme.

Queratite marginal.

#### **TIPOS**

#### **BLEFARITE ANTERIOR (DGM)**

##### **A) Blefarite estafilococica**

Caracterizam-se por um atingimento anterior do bordo livre palpebral, ao nível de implantação das pestanas. Predispõe á formação de chalazion

Bordo palpebral apresenta uma dilatação dos vasos sanguíneos (rosetas) e estão recobertas por escamas fibrinosas, duras e quebradiças

Eritema, prurido e edema palpebral. Úlceras e microabcessos no bordo palpebral anterior. Bilateral. Madarose e triquíase.

Escamas amolecidas ao redor das raízes das pestanas.

Dermatite atópica associada.

**TRATAMENTO** A blefarite estafilocócica responde bem à bacitracina, gentamicina e eritromicina. Supõe-se que actuam diminuindo as bactérias responsáveis pela fragmentação dos lípidos neutros em ác. gordos irritantes.

Os corticóides não devem ser usados nas blefarites estafilocócicas puras.

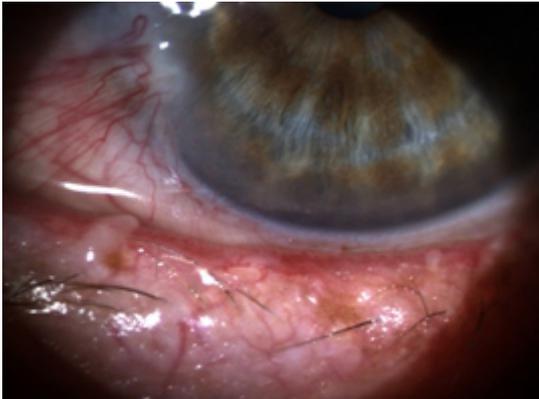


Fig. 4.58 Disfunção das glândulas meibomius (DGM)

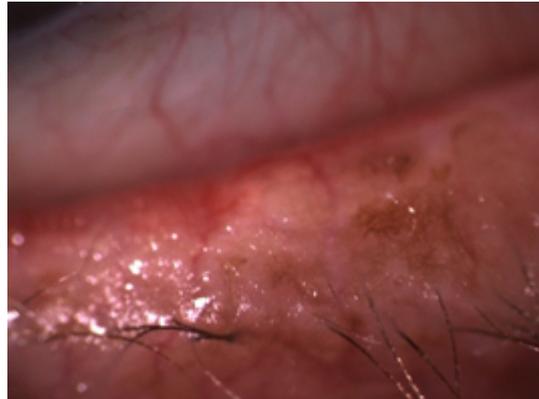


Fig. 4.59 Disfunção das glândulas meibomius (DGM)

### **B) Blefarite seborreica**

Deve-se a um excesso de secreções pelas gl. Meibomius e Zeiss.

A maioria sofre de dermatite seborreica.

O sintoma inicial é um eritema brilhante do bordo palpebral.

No estado seguinte surgem as escamas. São mais brandas do que as blefarites foliculares e ao eliminá-las, não deixam úlceras. Escamas tipo crostas, amareladas, na base das pestanas.

À la longue, instala-se uma congestão edematosa da derme.

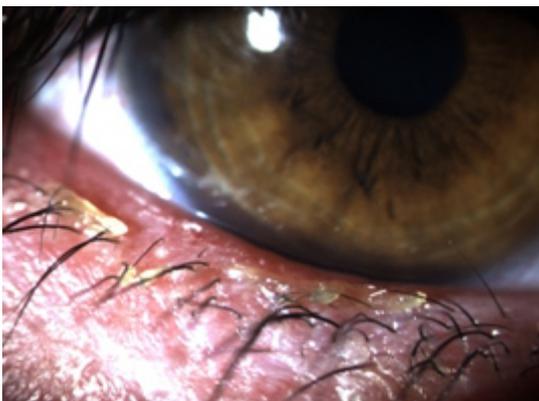


Fig. 4.60 Secreções espessas na raiz da pestanas

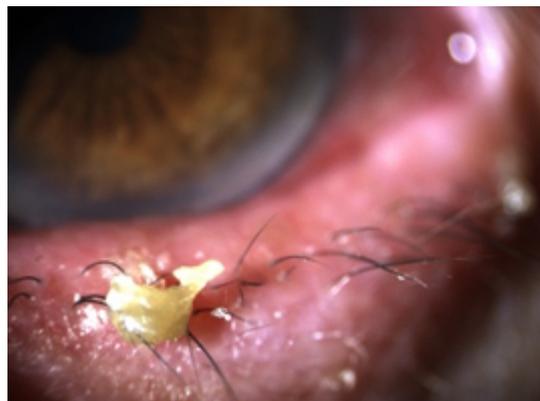


Fig. 4.61 Crostas densas na raiz das pestanas



Fig. 4.62 Secreções espessas na base das pestanas

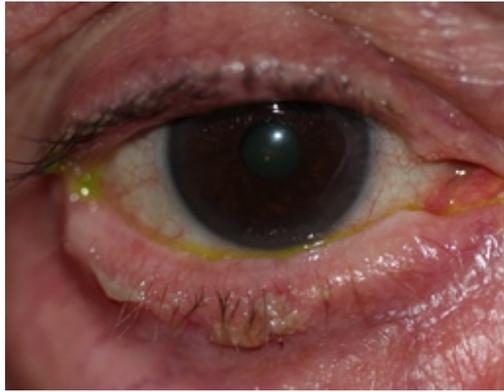


Fig. 4.63 Blefarite seborreica

### **BLEFARITE POSTERIOR**

É causada pela disfunção crônica e difusa das glândulas de Meibomius, com uma consequente alteração da sua secreção. Espuma no filme lacrimal.

Presença de tampões ou rolhões lipídicos nos orifícios das glândulas de Meibomius.

A expressão das Glândulas Meibomius leva a uma secreção viscosa tipo pasta de dentes.

Acne rosácea associada.



Fig. 4.64 Espuma associada à blefarite posterior

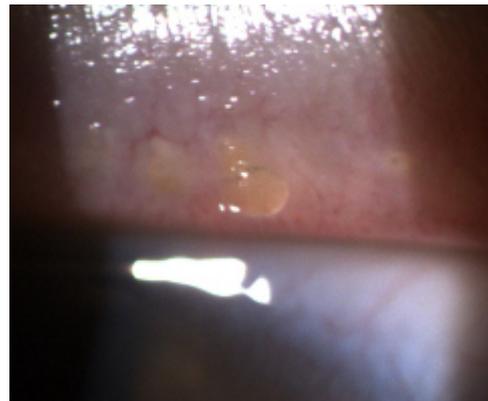


Fig. 4.65 Rolhões lipídicos no orifício de saída glândula glândulas meibomius



Fig. 4.66 Secreção espessa tipo pasta de dentes após pressão

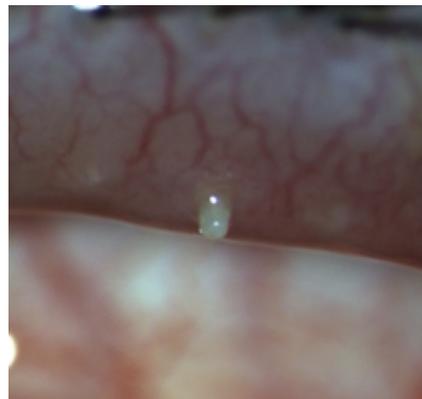


Fig. 4.67 Secreção das glândulas meibomius

### **BLEFARITE ANGULAR**

Patologia inflamatória das pálpebras, caracterizada por uma fissura do canto externo (mais frequentemente) ou do canto interno.

**SINAIS:** Pele húmida e macerada, escamosa, eritematosa, unilateral. Conjuntivite papilar ou folicular associada.

**ETIOLOGIA:** *Moraxella lacunae* e *S. aureus*.



Fig. 4.68 Eritema e fissura no canto externo



Fig. 4.69 Eritema e fissura no canto externo

#### 4.4 DOENÇA DOS CÍLIOS E SUPRACÍLIOS

- **Tricomegália ou Hipertricose**

Anomalia dos cílios, quer em termos de número, quer em termos de comprimento.

**ETIOLOGIA:** Induzida por fármacos, Malnutrição, Familiar, Porfíria, Endócrina (D.tiroideia, hipofisária ou ovários) ou congénita (S. Oliver-MacFarlane, S. Goldstein-Hutt, albinismo oculocutâneo)

**CONGÉNITA** - trissomia 18, síndrome XYY

**ADQUIRIDA**- faz parte do hirsutismo - na mulher é o tumor do ovário e da supra-renal.



Fig. 4.70 Tricomegália



Fig. 4.71 Aspecto da Tricomegália

- **Hipotricose**

Paragem do desenvolvimento do pêlo (síndromes dismórficas e aberrações cromossómicas).

- **Madarose**

Calvície do bordo palpebral.

Diminuição parcial ou total do número de cílios (alopécia ciliar).

Associada a uma disfunção de secreção das glândulas sudoríparas e sebáceas.

ETIOLOGIA: blefarite crónica, tumores palpebrais, queimaduras, traumática, pós laser, crioterapia, psoríase, dermatite atópica, lúpus eritematoso sistémico, sífilis, herpes zoster, tracoma, s.Vogt-Koyanagi-Harada, mixedema.

Dois tipos (não cicatricial-dermatite, em que os cílios podem voltar a crescer; e cicatricial, em que os folículos pilosos voltam a crescer).



Fig. 4.72 Madarose da pálpebra inferior

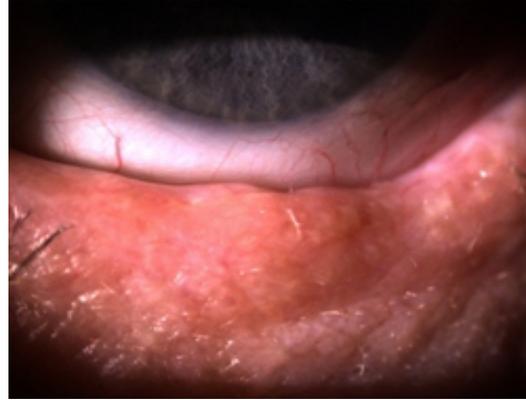


Fig. 4.73 Madarose

- **Alopécia**

Queda de todos os cílios.

Sintomático de mixedema, traumatismos, dermatoses e doenças infecciosas (sífilis 2<sup>a</sup> e lepra).

- **Distiquiase**

O termo vem da palavra grega, Distichos, que significa duplo.

Afecção caracterizada pelo aparecimento duma 2<sup>a</sup> fila de cílios, posterior á linha cinzenta, resultado de alterações metaplásicas.

Congénita ou adquirida. Malformação rara, congénita, recessiva.

É um dos componentes da blefarofimose.

SINTOMAS: Sensação de corpo estranho.

SINAIS: presença de pestanas, uni ou múltiplas, ao nível do orifício das glândulas de Meibomius. Orientam-se para dentro, irritando a córnea e conjuntiva bulbar.

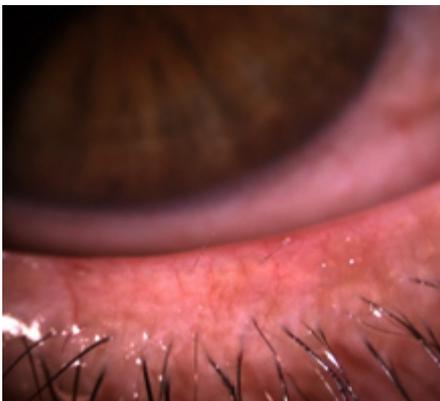


Fig. 4.74 Distiquiase

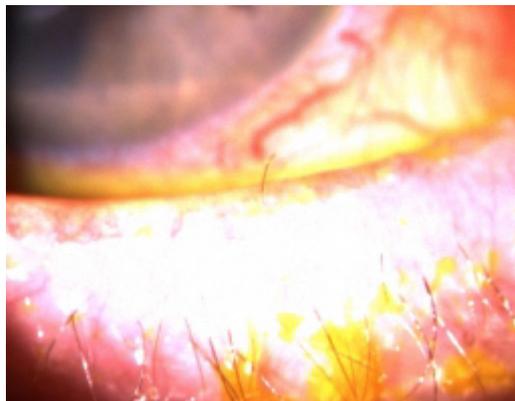


Fig. 4.75 Distiquiase da pálpebra inferior

- **Triquiase**

Afecção caracterizada pelo mau direccionamento dos cílios, causando irritação da córnea. Anomalia adquirida.

Orientação de um ou várias pestanas para dentro, e localizadas em posição normal.  
 ETIOLOGIA: Idiopática, queimaduras, penfigo, blefarite crônica, tracoma. O tracoma é uma das principais causas (espessa e encurva o tarso).

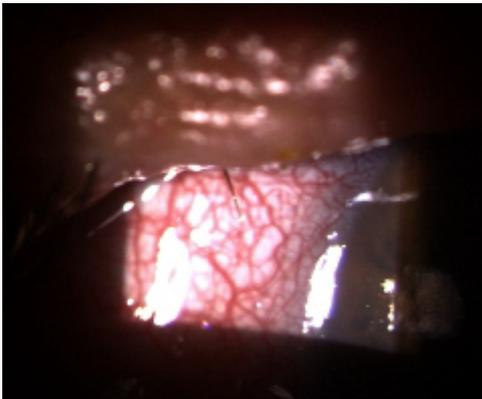


Fig. 4.76 Triquiase da pálpebra superior

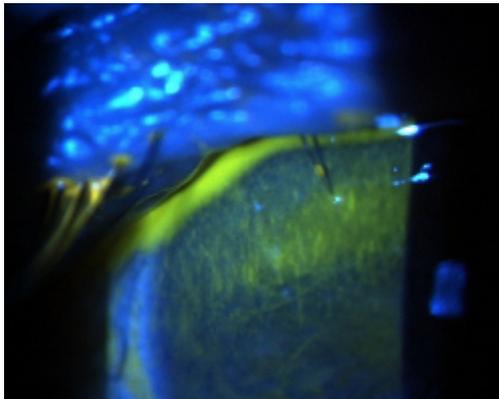


Fig. 4.77 Triquiase e erosões lineares da córnea

- **Leucotricia**

Consiste na ausência congênita de pigmentação do cílio.

- **Poliose**

Descoloração ou enbranquecimento localizado e prematuro das pestanas.  
 Congênita ou adquirida.

ETIOLOGIA: Idiopática, senilidade, blefarite crônica, tumores palpebrais, herpes zoster, S.Vogt-Koyanagi-Harada, S.Marfan.

A descoloração generalizada das pestanas e supracílios chama-se Canitia.



Fig. 4.78 Poliose dispersa da palpebral inferior

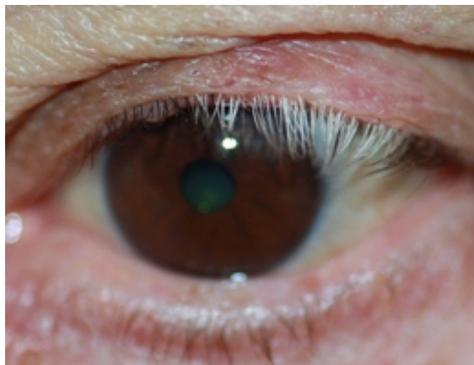


Fig. 4.79 Poliose dispersa da pálpebra inferior

- **Ptose das pestanas**

Caracteriza-se pela existência de pestanas da pálpebra superior, dirigindo-se para baixo.

ETIOLOGIA: idiopática, dermatocalaza exuberante, paralisia facial longa duração.



Fig. 4.80 Ptose das pestanas



Fig. 4.81 Ptose das pestanas

## 4.5 AFECÇÕES DO SUPRACÍLIO

### TUMORES

- **QUISTO DERMÓIDE**

Tumor benigno da criança.

Forma arredondada, bem delimitada, na cauda do supracílio.

Em contacto com a parede óssea que erode progressivamente.

- **EPITELIOMA MUMIFICADO MALHERBE**

Tumor benigno da matriz dos pêlos.

Presença de finas telangiectasias cutâneas (DD com quisto dermóide).

### TRAUMATISMOS

Suturas muito apertadas são uma fonte de estrangulamento de bolbos pilosos.

### INFECCÕES

Furúnculo, abcesso, impétigo

## 4.6 DOENÇAS DO TARSO

### INFECCÕES

- **Hordeolo**

Inflamação aguda e supurativa das glândulas sebáceas das pálpebras (Glândula Zeiss ou de Moll). Isolados ou múltiplos.

Dois tipos clínicos: externo (infecção estafilocócica das glândulas Zeiss e Moll) e interno (infecção estafilocócica das glândulas Meibomius).

SINAIS: Tumefacção inflamada e dolorosa do bordo palpebral.

ETIOLOGIA: S. aureus.



Fig. 4.82 Hordeolo



Fig. 4.83 Hordeolo



Fig. 4.84 Hordéolo duplo



Fig. 4.85 Hordéolo da pálpebra inferior

- **Meibomites**

Espessamento inflamatório das pálpebras faz sair uma gota leitosa.

Evolução para obstrução canais excretores gl. meibomius que levem à destruição das próprias glândulas.

Localiza-se ao nível do canal excretor das glândulas (chalazion do bordo livre), externamente à pálpebra superior (chalazion externo) ou internamente à pálpebra inferior (chalazion interno)

Particularmente comum em doentes com dermatite seborreica e acne rosácea.

- **Chalazion ou Calaza**

É uma lesão inflamatória lipogranulomatosa crónica, causada por uma obstrução da secreção sebácea nas glândulas Meibomius, no plano tarsal.

SINAIS: Lesão nodular, firme, em zona de eritema. Dolorosa à palpação.

Duas formas clínicas: inflamatória (dolorosa) e enquistada (não dolorosa).

A existência de um chalazion recorrente em idosos deve implicar um diagnóstico diferencial com o carcinoma das glândulas sebáceas<sup>7</sup>.



Fig. 4.86 Chalazion



Fig. 4.87 Chalazion

## EVOLUÇÃO

- supuração
- abertura da conjuntiva
- esclerose
- reabsorção (em crianças)
- recidivas frequentes

## DD CHALAZION

- epitelioma meibomiano
- metástase palpebral
- tarsite nodular da sífilis 3ª
- granuloma coccidiano da pálpebra.

## PROFILAXIA

- tratamento das inflamações palpebrais crónicas (meibomites, blefaroconjuntivites)
- pesquisa diabetes diante dum chalazion repetição.

## TRATAMENTO

- AB associados a corticóides (tópicos)
- excisão cirúrgica.

## **INFLAMAÇÃO DO TARSO**

### TRACOMA

- A tarsite tracomatosa está ligada a uma hipertrofia do tarso e infiltrado inflamatório das gl. Meibomius.

### SIFÍLIS 3ª

- Tarsite sífilítica (infiltração elástica difusa ou circunscrita do tarso simulando um chalazion).

### TUBERCULOSE

- Pseudo-chalazion bacilífero associado a adenopatia pré-tragus.

## **DISTROFIAS DO TARSO**

PAQUIDERMOPERIOSTOSE TOURRAINE (hipertrofia quelóide do tarso).

DOENÇA CIVATTE - dermatose do adulto (globo ocular e pescoço). As pálpebras são transparentes, devido à atrofia marcada da pele e do tarso.

#### **4.7 AFECÇÃO DA SENSIBILIDADE DAS PÁLPEBRAS**

##### **ALGIAS PALPEBRAIS- NEURALGIA FACIAL ESSENCIAL**

Tic doloroso de Trousseau. Mais nas mulheres.

Crise dolorosa paroxística evoluindo por acessos fulgurantes de segundos.

Acessos por excitação directa da zona gatilho ou indirectamente pela mímica.

##### **TRATAMENTO**

- carbamazepina
- alcoolização gânglio gasser
- neurotomia retrogasseriana
- electrocoagulação gânglio gasser

##### **ALGIAS VASCULARES FACE**

Dor orbitária, unilateral, violenta, paroxismos pulsáteis.

Fenómenos vaso-secretores

Crises breves, anulando-se em 10 minutos.

TRATAMENTO - tartarato de ergotamina.

##### **ANESTESIA PALPEBRAL**

Zona, lepra, tabes, fractura pavimento órbita.

#### **4.8 TUMORES DA PÁLPEBRA**

As pálpebras são um local frequente de tumores benignos e malignos. Os tumores benignos palpebrais são 4 x mais frequentes do que os tumores malignos<sup>8</sup>.

- a) TUMORES EPITÉLIO
- b) TUMORES GLANDULARES
- c) TUMORES MELÂNICOS
- d) TUMORES VASCULARES
- e) TUMORES NERVOSOS
- f) TUMORES LINFÓIDES

g) TUMORES MESENQUIMATOSOS

h) METÁSTASES PALPEBRAIS

### a) TUMORES EPITÉLIO

Habitualmente no idoso.

São os tumores mais frequentes.

- **Papiloma de células escamosas**

Comum. Ocorre habitualmente em idosos. Lesão pedunculada ou séssil, com uma superfície tipo framboesa, irregular. Proliferação epitelial benigna.

Tumor rosado, frequentemente pediculado. Origem viral preconizada na criança.

Diagnóstico diferencial: queratose seborreica, nevo e verruga vulgar.

Tratamento: excisão simples.



Fig. 4.88 Papiloma de células escamosas

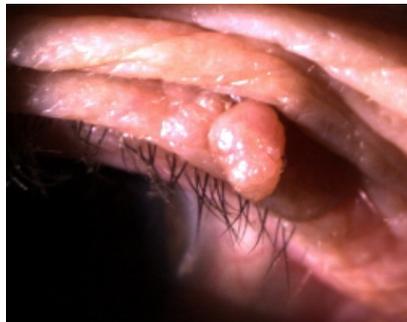


Fig. 4.89 Papiloma de células escamosas



Fig. 4.90 Papiloma de células escamosas de grande dimensão



Fig. 4.91 Papiloma da pálpebra superior

- **Queratose seborreica (verruca senil)**

Lesão cutânea benigna, cor acastanhada escura. Isolada ou múltipla.

Discreta, móvel, elevada, tipo placa

Hiperqueratose e pigmentar.

Lesões inferiores a 3 mm podem ser tratadas com crioterapia.



Fig. 4.92 Queratose seborreica



Fig. 4.93 Queratose seborreica

- **Queratose folicular invertida**

Lesão tipo verruga, de crescimento rápido.



Fig. 4.94 Queratose folicular invertida



Fig. 4.95 Queratose folicular invertida

- **Adenoma de Glândulas sebáceas**

Tumor isolado, raro. Diâmetro inferior e 1 cm, consistência mole. Podem simular um chalazion.



Fig. 4.96 Adenoma de glândulas sebáceas



Fig. 4.97 Adenoma de glândulas sebáceas

- **Queratose actínica**

Ou queratose solar. Lesão pré-cancerígena. Caucasianos.

Lesão seca, escamosa, vermelho-acastanhada, por vezes hiperqueratótica. Aumenta lentamente de tamanho.

Deve ser diferenciada do lentigo maligno (pigmentação variável e bordos irregulares). A degenerescência é possível e relativamente frequente (25% evoluem para carcinoma de células basais).

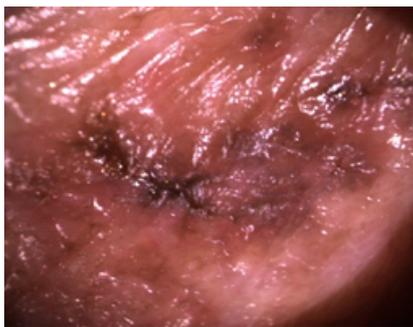


Fig. 4.98 Queratose actínica

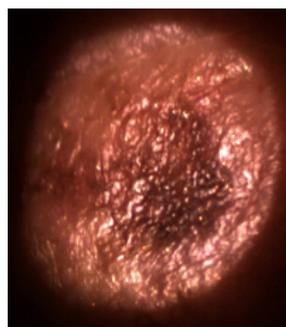


Fig. 4.99 Queratose actínica



Fig. 4.100 Queratose actínica

- **Queratoacantoma**

Assemelha-se a um carcinoma nódulo ulcerativo. Meia idade ou idosos.

Usualmente é uma lesão elevada, solitária, com uma cratera central contendo queratina e bordos elevados. Usualmente ocorre uma resolução lenta em meses, com uma cicatriz residual<sup>9</sup>.

Queratoacantoma múltiplos ocorrem no Síndrome Muir-Torre. Usualmente são indicativos de adenocarcinoma coloretal<sup>10</sup>.



Fig. 4.101 Queratoacantoma

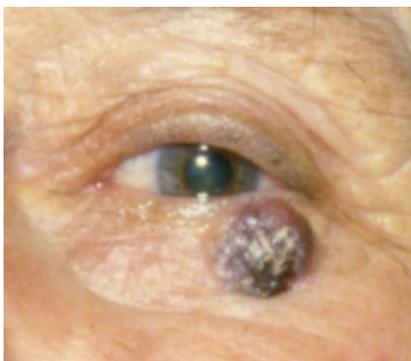


Fig. 4.102 Queratoacantoma

## TUMORES EPITELIAIS MALIGNOS

Os carc. baso-celulares representam 90% e os carc. espino-celulares 10%.

Frequência maior ao nível da pálpebra inferior e depois ângulo interno.

- **Carcinoma Baso-celular**

É o tumor palpebral maligno mais frequente<sup>11,12</sup>. Representa 12% dos tumores palpebrais.

Predilecção pelas pálpebras inferiores e canto interno.

Factores de risco: exposição solar, disfunção imunitária, pele esbranquiçadas, dificuldade em bronzear e exposição a arsénio trivalente. Doenças congénitas ou genéticas.

SINAIS: Tumor nodular, firme, endurecido, com finas telangiectasias.

Quatro tipos clínicos: nodular, ulcerado, morfeiforme e multicêntrico.

3 sinais clínicos (induração base, queda cílios e indolor).

É um tumor de crescimento lento e localmente invasivo. Destruição óssea, da cartilagem e muscular em estádios avançados.

- Epiteliomas vegetantes pigmentados.

- Epitelioma ulcerado (clássico *ulcus rodens*)

EXTENSÃO: Local, nomeadamente ao canto interno. Não há metástases à distância. A mortalidade por carcinoma baso-celular é extremamente baixa, a não ser em caso de invasão intracraniana.



Fig. 4.103 Carcinoma de células basais



Fig. 4.104 Carcinoma de células basais



Fig. 4.105 Carcinoma de células basais



Fig. 4.106 Carcinoma de células basais

- **Carc. Espino-celular**

Menos frequente. Possibilidade de adenopatias e metástases. Predominam na pálpebra inferior.

Factores de risco: radiação UV, exposição a hidrocarbonos, radiação, componentes de arsénio, imunossupressão, albinismo e lesões dérmicas preexistentes.

Classicamente - tumor pálpebra superior que tenha sido operado ao chalazion ou um chalazion recidivante.

SINAIS: Lesão queratótica, eritematosa, com crostas. Forma nodular, papilomatosa, quística, placas ou ulcerada.

Contrariamente ao carcinoma células basais, não tem telangiectasias.

Tem um crescimento mais rápido do que o carcinoma de células basais.

Em estádios avançados, a presença de dor, oftalmoparésia e ptose pode indicar uma extensão orbitária.

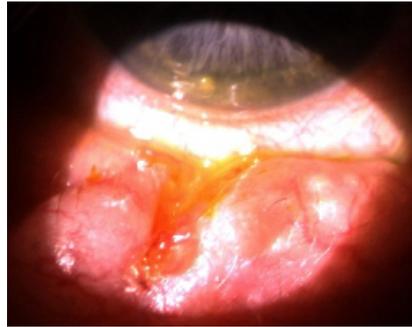
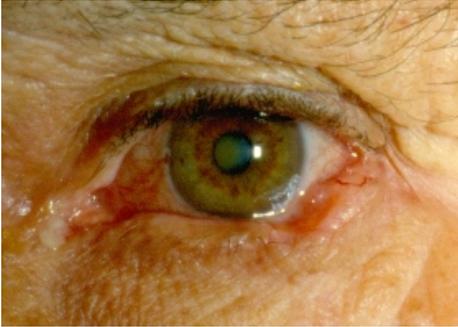


Fig. 4.107 Carcinoma de células escamosas Fig. 4.108 Carcinoma de células escamosas

## b) TUMORES GLANDULARES

### TUMORES GLANDULAS SEBÁCEAS

- **Quistos sebáceos**

Contém queratina.

O tratamento é a excisão cirúrgica completa.

- **Carcinoma glândula sebácea**

Raro (1% de todos os tumores malignos oculares).

Localização preferencial na pálpebra superior. Possibilidade de metástases.

A irradiação facial ou ocular pode ser um factor de risco para o desenvolvimento de um carcinoma da glândula sebácea.

Pode ser acompanhado com um calaza recidivante.

SINAIS: simula uma blefarite crónica ou chalazion, particularmente se for unilateral. Nódulo amarelado, perda de pestanas edistorsão do bordo palpebral. À eversão da pálpebra evidencia uma lesão conjuntival ulcerada<sup>13,14</sup>.

Muito agressivo.



Fig. 4.120 Carcinoma glândula sebácea

### TUMORES GL. SUDORÍPARAS

Benignos (hidroadenomas, histiocitoma (tumor quístico com líquido azul))

Malignos (hidradeno-carcinomas - são excepcionais).

- **Carcinoma das glândulas Meibomius**

Forma localizada ou generalizada.

SINAIS: Nódulo duro, geralmente na placa tarsal superior.

A forma generalizada apresenta-se como uma blefarite crónica persistente, unilateral, grave. Mau prognóstico.

## TUMOR ORIGEM PILAR

- **Tumor da matriz (epitelioma calcificado Malherbe)**

Tumor benigno ao nível supra-cílio. É extremamente duro.

- **Tricoepitelioma**

Tumor benigno. Solitário ou raramente múltiplo. Apresenta-se como uma pápula corada, que aumenta gradualmente de tamanho.

Predilecção pela face, particularmente nas pálpebras.

O Tricoepitelioma de grande dimensão pode simular um carcinoma células basais, com telangiectasias.

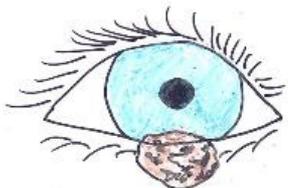


Fig. 4.121 Tricoepitelioma

- **Tricoadenoma e tricofoliculoma**

Tumor cutâneo benigno. Solitário. Configuração nodular pequeno. Telangiectasias superficiais. Podem observar-se múltiplos pêlos esbranquiçados a emergir do centro umbilicado.

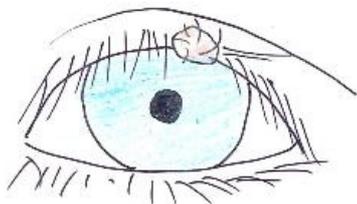


Fig. 4.123 Tricofoliculoma

- **Pilomatrixoma**

Solitário. Afecta sobretudo adolescentes.

Massa nodular azul-avermelhada. Bem delimitada. Tem mobilidade.



Fig. 4.126 Pilomatrixoma



Fig. 4.127 Pilomatrixoma

- **Triquilemoma**

Tumor benigno. Ocorre sobretudo em idosos.  
Configuração nodular, com superfície irregular.



Fig. 4.128 Triquilemoma

### c) TUMORES MELÂNICOS

NEVO (nevo dérmico, nevo da junção dermo-epidérmico e nevo azul).

NEVO OTA (pigmentação anormal território trigémio, com pigmentação esclera)

- **Melanoma nodular**

É muito raro. Grave, devido à possibilidade de adenopatias e metástases (pulmão, fígado e ossos). Os melanomas nodulares são os de pior prognóstico).

Nódulo irregular, que cresce rapidamente. Pigmentação variável.

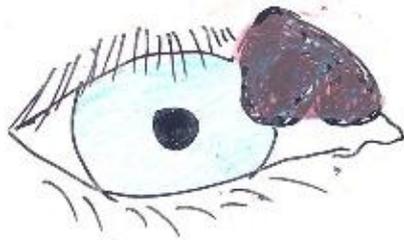


Fig. 4.129 Melanoma nodular

- **Carc células Merkel**

Tumor cutâneo neuroendócrino raro.

Idosos. Elevado grau de malignidade.

SINAIS: Massa avermelhada, localizada próximo do bordo palpebral. Indolor.

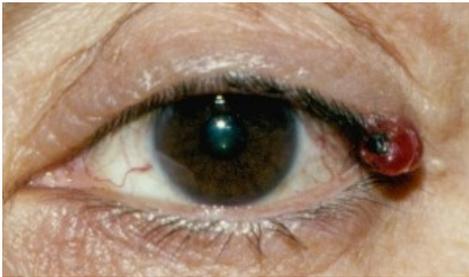


Fig. 4.131 Carcinoma células Merkel

#### d) TUMORES VASCULARES

Os angiomas capilares são os mais frequentes.

- **Hemangioma capilar congénito**

TIPO SUPERFICIAL / TIPO PROFUNDO

Ou nevo em framboesa. Pouco frequente. Predilecção pela pálpebra superior.

Mais frequente no sexo feminino (3:1).

SINAIS: Lesão vermelho brilhante, unilateral, elevada.

Habitualmente surgem poucas semanas após o nascimento, crescem até aos 6-12 meses e sofrem posteriormente uma involução gradual. 30% regridem aos 3 anos de idade e 75-90% pelos 7 anos de idade<sup>15</sup>.

Tratamento: Indicado em caso de risco de ambliopia, por ptose ou proptose.

- **Névus flammeus ou Mancha cor vinho do Porto**

É uma malformação vascular congénita, que afecta as pálpebras e região periorbitária. Ocorre no território de distribuição cutânea correspondente ao nervo trigémio.

Não regride com o tempo, contrariamente ao hemangioma capilar congénito.

SINAIS: mancha de cor rosada, bem delimitada. Com a idade a cor fica mais avermelhada.

Associação com S. Sturge-Weber em 5% dos casos e Hemangioma coroideu ipsilateral.

O envolvimento meníngeo inclui calcificação leptomeníngea e epilepsia<sup>16</sup>.

O envolvimento da pálpebra superior aumenta o risco de envolvimento ocular (telangiectasias da conjuntiva, hemangiomas da coróide difusos e glaucoma secundário)<sup>17</sup>.



Fig. 4.135 Névus flammeus



Fig. 4.136 Névus flammeus

- **Hemangioma capilar adquirido**

Também chamado hemangioma em cereja ou senil.

SINAIS: Lesão cutânea, tipo pápula, de 0.5-5 mm tamanho. É móvel com a mobilidade da pele. Pode sangrar após trauma.



Fig. 4.137 Hemangioma capilar Adquirido



Fig. 4.138 Hemangioma capilar adquirido

- **Hemangioma cavernoso**



Fig. 4.139 Hemangioma cavernosos

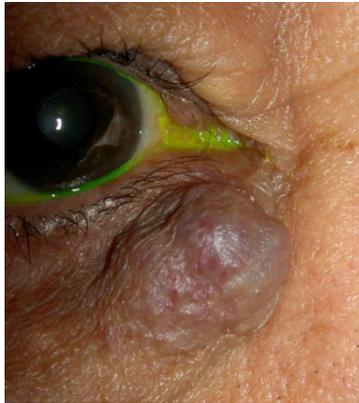


Fig. 4.140 Hemangioma cavernoso

- **Linfangioma**

Atinge a conjuntiva e pode infiltrar raramente a pálpebra. Histologicamente, é uma cavidade contendo linfa.

Surge como uma massa azulada e mole. Surge ao nascimento ou durante as primeiras duas décadas de vida.

Não regride, contrariamente aos hemangiomas capilares.

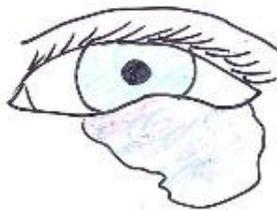


Fig. 4.141 Linfangioma da pálpebra inferior

### e) TUMORES NEURAI

- **Neurofibroma**

Tumor caracterizado por uma proliferação de axônios, fibroblastos endoteliais e células de Schwann.

Solitária ou multifocais, parte duma neurofibromatose. Crescem lentamente até à puberdade e depois estacionam.

O neurofibroma plexiforme é patognomónico da Doença von Recklinghausen. Múltiplos nódulos subcutâneos na pálpebra. Responsável pela ptose e deformação palpebral. Podem estender-se à órbita.

Outras manifestações oculares: ptose sobranceiras, desinserção do canto externo e infiltração da pálpebra inferior, conjuntiva e glândula lacrimal<sup>18</sup>.



Fig. 4.142 Neurofibromas



Fig. 4.143 Neurofibromas

- **Neurilemoma (Schwanoma)**

Benigno. Massa subcutânea, firme. Pode simular um chalazion. Não doloroso. Sem sinais inflamatórios. Evolui lentamente.

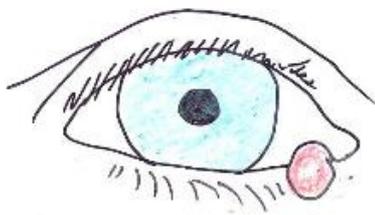


Fig. 4.144 Schwanoma

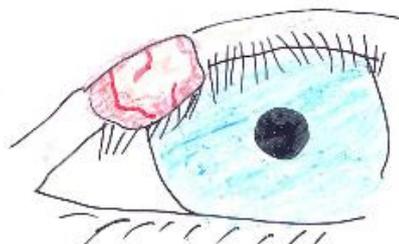


Fig. 4.145 Schwanoma

- **Carcinoma de células Merkel**

Tumor dérmico pálpebra superior, que leva a metástases.

**f) TUMORES LINFÓIDES**

Representados pelos Linfomas.

**g) TUMORES MESENQUIMATOSOS**

Lipomas, fibromas e miomas.

TUMORES MALIGNOS - sarcoma embrionário ou rabdiosarcoma.

**h) METÁSTASES**

São raras. Apresentam-se sob a forma de lesões nodulares.

Tumor primário: Melanomas, tumor da mama e carcinoma das células renais.

SINAIS: Nódulo subcutâneo que pode simular um chalazion. A diferença é que tem um crescimento mais rápido e ulceração.

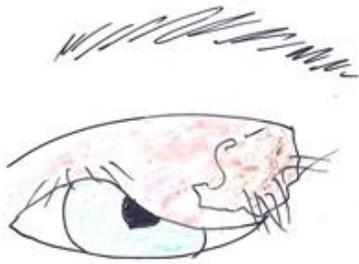


Fig. 4.146 Metástases palpebrais

### **TRATAMENTO**

RADIOTERAPIA - complicação - telangiectasias conjuntivas, queda cílios e lacrimejo.

CRIOCIRURGIA - por cristalização células, trombose vascular e reação imunológica.  
INDICAÇÕES (tumores limitados, pequeno tamanho (< 1 cm ) e não infiltrantes).

CIRURGIA (comporta o tempo de exérese e reconstrução).

#### **REGRAS DE SEGURANÇA**

CARC. BASO-CELULAR (2 cm)

CARC. ESPINO-CELULAR (5 mm)

### **4.9 LAGOFTALMOS**

Ocorre devido a uma impotência do orbicular ou lesões palpebrais mecânicas.

Ocorre por impotência do músculo orbicular em ocluir a fenda palpebral. O n. facial tem função na motricidade palpebral e na secreção lacrimal.

ETIOLOGIA: Pós paralisias faciais periféricas e centrais ou cicatricial.



Fig. 4.147 Lagofthalmus do olho esquerdo pós paralisia facial periférica

### **PARALISIAS FACIAIS PERIFÉRICAS**

Toda a hemiface está dirigida para o lado são.

Olho aberto, supracílio baixo, pálpebra superior mais alta, pálpebra inferior com ectropion, fenda palpebral alargada.

Oclusão voluntária total é impossível.

#### CONSEQUÊNCIAS DE UMA PARALISIA ORBICULAR:

Atonia do músculo (ectropion).

Consequências lacrimais (diminui a secreção, ectropion paralítico)

Consequências corneanas (as complicações lacrimais expõem a córnea a microtraumatismos e à infecção).

Risco de produzir alterações tróficas indo até queratite e úlcera perfurada.

#### PARALISIA FACIAL CENTRAL

Pestanejo voluntário abolido, enquanto o pestanejo reflexo é conservado.

#### ETIOLOGIA DE PARALISIAS FACIAIS PERIFÉRICAS

- Lesão núcleo.
- Causas infecciosas (herpes, hepatite, diabetes, sarcoidose).
- Lesões ângulo ponto-cerebeloso (neurinoma 8º par, meningioma).
- Lesões rochedo.
- Lesões parótida (S.Heerdford).
- Traumatismo facial.

#### EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO

Depende da etiologia e das lesões do n.facial.

#### ELEMENTOS DE MAU PROGNÓSTICO

HTA, diabetes, idade > 60 anos e uma lesão total 7º par.

#### TRATAMENTO

O objectivo é proteger o globo, pelo restabelecimento cobertura palpebral.

- MÉDICO
- colírio AB e lágrimas artificiais
  - abaixamento passivo palpebra superior
  - protecção contra poeiras e o fumo
  - blefarorrafia provisória
  - lentes contacto terapêuticas

#### CIRURGICO

- tarsorrafia completa
- tarsorrafia parcial (externa, médio-interna)

- Téc. ressecção palpebral pura (K-S-B)
- plastias do canalículo
- cantoplastias

### **PESTANEJO RARO**

- Esclerose em placas
- Miotonias
- Lesão 5º par
- Intoxicação barbitúrica

### **4.10 ECTRÓPION**

Malposição palpebral caracterizada pela existência duma eversão do bordo livre palpebral superior ou inferior.

Congénita (rara) ou adquirida.

Associa-se com epífora e a conjuntivite crónica. Em casos avançados, dá lugar a uma hipertrofia conjuntival e a uma queratinização. A conjuntiva tarsal fica exposta, queratinizando-se. Ocorre epífora, por malposição do ponto lacrimal.

### **CLASSIFICAÇÃO**

Há 5 tipos de ectropion: involutivo, paralítico, cicatricial, congénito e mecânico.

ECTRÓPION HIPOTÓNICOS (senis ou paralíticos)

- E. senil - caracteriza-se por uma excessiva longitude horizontal da pálpebra, laxidez dos tendões cantais interno e externo, acompanhada de uma debilidade da porção pré-tarsal do orbicular<sup>19, 20</sup>.

ECTRÓPION CICATRICIAL (queimaduras, trauma ou doença dermatológica).

- E.cicatricial - deve-se a uma cicatriz ou contractura da pele e tecido subcutâneo.

ECTRÓPION CONGÉNITO (é raro e pode ser acompanhado de blefarofimose)

ECTRÓPION PARALÍTICO (causado pela paralisia do n. facial).

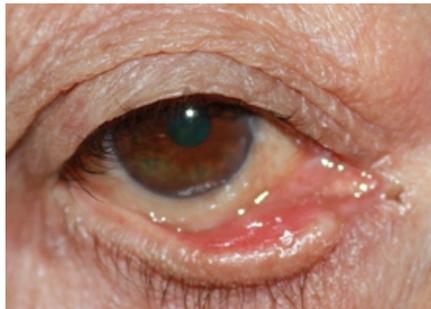


Fig. 4.148 Ectropion cicatricial da pálpebra inferior

Fig. 4.149 Ectropion da pálpebra inferior

### QUERATINIZAÇÃO CONJUNTIVA

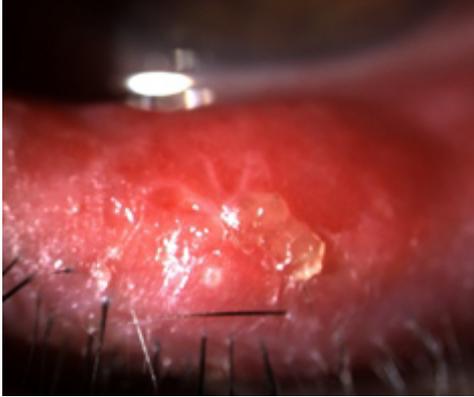


Fig. 4.150 Queratinização da conjuntiva

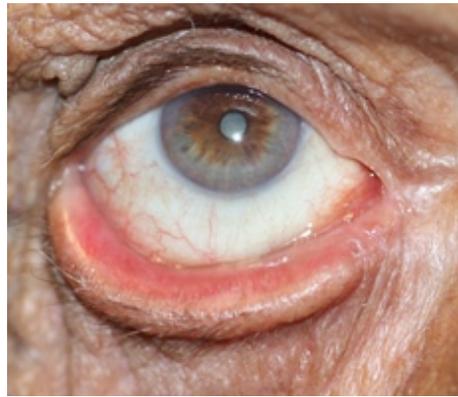


Fig. 4.151 Queratinização da conjuntiva

### TENSÃO HORIZONTAL PALPEBRA INFERIOR

Resulta da tonicidade do conjunto tarso-ligamentar.

### PALPEBRA SUPERIOR

Responsável pela protecção córnea.

Um ectrópion da pálpebra superior deverá ser tratado com prioridade

### ETIOLOGIA DO ECTRÓPION DA PÁLPEBRA SUPERIOR

- Queimaduras, dermatose, cicatriz retráctil
- Tracção exagerada elevada ( complicação cirurgia ptose).

### CLÍNICA

- Conjuntiva (conjuntivites de repetição, edema conjuntival, queratinização).
- Lacrimal (lacrimejo).
- Laxidez do tendão cantal externo e interno.
- Laxidez horizontal e vertical posterior.
- Componente retráctil.

### TRATAMENTO ECTROPIONS SENIS

O tratamento do ectropion depende de uma avaliação cuidadosa da sua etiologia.

POR HIPERLAXIDEZ HORIZONTAL (K-Z modificada Blasckovicz)

(K-Z modificada Beyer - 2 cantos)

POR RELAXAMENTO CANTO EXTERNO (cantoplastia externa Tenzel)

## ECTRÓPION LACRIMAL

- Técnica antiga de Pokissof.
- Alargamento ponto lacrimal para trás.
- Retracção cicatricial conj. sub-canalicular (pontos de cauterio Zieger, 5 mm abaixo do orifício lacrimal).
- Sutura inversa.
- Ressecção conj. sub-canalicular.

ECTROPION LACRIMAL CONSTITUIDO (téc. Byron-Smith (T deitado)).

## TRATAMENTO ECTRÓPION PARALÍTICO

### INDICAÇÃO CIRÚRGICA

Depende do grau de lagoftalmia, da importância do lacrimejo e do atingimento da córnea.

### PROCEDIMENTOS ESTÁTICOS

Blefarorrafias externas.

- Simples – avivar o bordo palpebral e provocar aderências.
- Elschmig - excisão tarso-conjuntival triângulo pálpebra inferior e transposição da placa tarso-conjuntival correspondente.

Blefarorrafias internas.

Cantoplastias externas.

Cantoplastias internas (reposição tendão cantal interno).

### PROCEDIMENTOS DINÂMICOS

Téc. suspensão palpebral inferior (por fios ou fásia lata).

Téc. de transferência muscular ( transferência m. temporal para as pálpebras).

## TRATAMENTOS ECTRÓPIONS CICATRICIAIS

Preferível esperar pelo menos 6 meses pela acalmia processos retrácteis.

Técnica- ressecção tecidos cicatriciais superficiais e profundos.

- Colocação em tensão numa pálpebra distendida.
- Plastia em Z.

## 4.11 ENTRÓPIONS

Afecção caracterizada pela inversão do bordo livre palpebral superior ou inferior. Localização preferencial na pálpebra inferior. O entrópion da pálpebra inferior é quase sempre involucional e o entrópion da pálpebra superior é quase sempre cicatricial. Congénito (raro) ou adquirido.

Quatro formas clínicas: senil ou involutivo, cicatricial, espástico, mecânico e congénito. SINTOMAS: Sensação de corpo estranho. Irritação córneo-conjuntival (pseudotriquíase).



Fig. 4.152 Entropion da pálpebra inferior



Fig. 4.153 Entropion da pálpebra inferior

É o virar para dentro do bordo livre das pálpebras, com o roçar dos cílios sobre o epitélio córneo-conjuntival.

FISIOPATOLOGIA - À medida que envelhece, o tecido subcutâneo e a pele que o recobre o orbicular, tornam-se atrofícos, perdem a sua forma e mostram uma menor aderência ao orbicular.

MÚSCULO MULLER - fibras lisas, destacam-se da face inferior do elevador, inserindo-se no bordo superior do tarso (atrás da aponevrose do elevador).

FORÇA ESTÁTICA PÁLPEBRA - a pálpebra é mantida pelo tarso e suas conexões com as paredes órbita por intermédio do septum e ligamentos laterais (interno e externo). Estes ligamentos e a pele e o orbicular, proporcionam a estabilidade horizontal à pálpebra inferior (as forças verticais são produzidas pelos elementos que se inserem no bordo inferior do tarso, na pálpebra inferior).

### **CLASSIFICAÇÃO**

**ENTRÓPION CONGÉNITO** - afecta unicamente a pálpebra inferior. Está causada por uma hipertrofia da pele e fibras subjacentes marginais do orbicular.

O tipo 1º é raro, resultando da ausência ou atrofia do tarso.

O tipo 2º está associado a anoftalmia, enoftalmia ou microftalmia.

DD com EPIBLÉFARON - prega cutânea adicional no bordo palpebral inferior, que não se acompanha de hipertrofia do orbicular. Sem tratamento, a resolução ocorre em 1-2 anos.

TRATAMENTO: excisão da pele e do orbicular hipertróficos, acompanhados da sutura de bordos da pele ao bordo tarsal inferior.

**ENTRÓPION ESPASMÓDICO** - deve-se a um espasmo do orbicular, conseqüente a uma irritação ocular ou um blefaroespasma essencial.

**CAUSAS:** Ocorre habitualmente após uma cirurgia intraocular, nomeadamente uma reparação de trauma do segmento anterior<sup>21</sup>.

**ENTRÓPION SENIL** - o tipo de entrópion mais frequente (afecta unicamente a pálpebra inferior).

Ocorre devido à contracção espástica do orbicular.

### **FISIOPATOLOGIA**

1) **FORÇAS HORIZONTAIS** - Com a idade, o tarso torna-se delgado e atrófico, o que permite a sua incurvação, de maneira que o bordo superior se inverta mais. Todos estes factores dão lugar a que apareça uma laxidez palpebral horizontal, que se vê agravada por uma enoftalmia devida a atrofia da gordura orbitária.

2) **DEPRESSORES PÁLPEBRA INFERIOR**- O recto inferior tem uma dupla função, que ao olhar para baixo, deprime o globo ocular. Esta última função ocorre a cargo do prolongamento cápsulopalpebral. À medida que envelhece, o tabique orbitário adelgaça-se e distende-se, de modo a que as retracções palpebrais inferiores se debilitam. Isto diminui a estabilidade vertical da pálpebra inferior.

### **ENTRÓPION CICATRICIAL** -

**CAUSAS:** queimaduras químicas, penfigóides, S.Stevens-Johnsons.

Deve-se a uma cicatrização da conjuntiva palpebral, que volta o bordo da pálpebra para o globo ocular.

### **ENTRÓPION MECÂNICO** -

Excesso de pele na pálpebra superior (blefarocalaza).

### **TRATAMENTOS**

Centra-se na correcção de 3 factores etiológicos:

- Prevenção do movimento ascendente do orbicular palpebral.
- Correcção da laxidez horizontal da pálpebra.
- Reforço dos retractores da pálpebra inferior.

**E. CONGÉNITO** - a córnea tolera facilmente os cílios anormais nas crianças.

### **E. ESPASMÓDICO** -

- injeção subcutânea no orbicular de alcool absoluto .
- injeção toxina botulínica (demora 3 a 7 dias a ter efeito)<sup>22</sup>.

### **E. SENIL** -

**INTERVENÇÃO 3 SUTURAS DE WIES** - (efeito temporário - 18 meses). As suturas da pele saem acima da sutura da conjuntiva.

**TÉCNICA K-S-B** - Após a dissecação cutânea, sob o bordo livre, prolongando-se na comissura externa . Ressecção palpebral tarso-conjuntival. Triângulo de base oposta ao bordo livre.

**TÉCNICA WHEELER** - Transplantação orbicular - desinsere-se o orbicular e reinsere-se mais abaixo .

**TÉCNICA QUICKERT** – Consiste na técnica de Wies associada a contracção horizontal pálpebras.

## **E. CICATRICIAL -**

Técnica de TRABUT - se queratinização bordo livre - faz-se a rotação tarso inferior.

### **4.12 TRIQUIÁSE**

Consiste no desvio das pestanas para dentro.

É a existência dum roçar de cílios sobre a conjuntiva e a córnea proveniente numa direcção anormal ou numa posição anormal dos cílios.

Associa-se a blefarite estafilocócica marginal.

Erosões epiteliais punctiformes da córnea inferior são um achado frequente, ainda que em casos graves possa chegar a pannus inferior.

#### **CÍLIOS ANORMAIS AGRUPADOS**

Ressecção pentagonal de toda a espessura da pálpebra.

#### **CÍLIOS ANORMAIS TODO COMPRIMENTO**

Faz-se crioterapia (inconveniente recidivas e despigmentação).

### **TRATAMENTO**

- Extirpação mecânica com pinças (recidivas em 2-6 semanas).
- Electrólise (consiste em queimar os folículos da raiz das pestanas).
- Crioterapia.
- Laser.
- Lentes contacto.

### **4.13 DISTIQUIÁSE**

Existência numa 2ª fila de cílios anormais junto ao orifício das glândulas de Meibomius.

#### **TIPOS:**

CONGÉNITA - rara, familiar.

ADQUIRIDA - 2ª a penfigóide ocular cicatricial, S. Stevens-Johnsons e lesões tipo físico ou químico.

## TRATAMENTO

### PALPEBRA INFERIOR

- Crioterapia

### PALPEBRA SUPERIOR

- Incisão intermarginal, seguida de crioterapia.

BEYER - excisão sob microscópio, ao nível da lamela posterior da metade distal do tarso contendo os cílios anormais.

## 4.14 PSEUDOTRIQUÍASE

Processo em que as pestanas tocam a córnea, devido à existência de entrópion.

## 4.15 PTOSE

Consiste numa posição anormalmente baixa da pálpebra superior.

### CLASSIFICAÇÃO

A ptose pode ser classificada em congénita e adquirida, unilateral e bilateral, ligeira, moderada e grave. Todos estes aspectos são determinantes na técnica cirúrgica a efectuar<sup>23</sup>.

#### CONGÉNITA SIMPLES

Uni ou bilateral. Gravidade variável. Risco de ambliopia se abranger a pupila. Causada por falência de migração ou de desenvolvimento neuronal. Representa 75 % da totalidade das ptoses.



Fig. 4.154 Ptose palpebral bilateral



Fig. 4.155 Ptose palpebral do olho direito

#### NEUROGÉNICA

Por defeito de inervação ou paralisia oculosimpática.

- **Paralisia 3º par**  
Ptose unilateral, moderada a grave.



Fig. 4.156 Ptose palpebral à esquerda por aneurisma carotídeo

- **S. Horner**
- **S. Marcus Gunn**

#### MIOGÉNICA

Por miopatia do músculo elevador da pálpebra superior ou deficit da placa neuromuscular.

- **Miastenia gravis**
  - Piora ao final do dia. Causada por fadiga do músculo Muller.
- Distrofia miotónica
- Miopatia ocular



Fig. 4.157 Ptose palpebral por miopatia ocular

#### APONEVRÓTICA

- **Involutiva**



Fig. 4.158 Ptose palpebral bilateral

- **Pós-operatória**

#### MECÂNICA

Por defeito/ peso em termos de gravidade ou cicatriz

#### EXAME DO DOENTE COM PTOSE

Excluir a pseudoptose, que pode ser devida a um globo ocular de pequeno tamanho (microftalmia), ptisis bulbi, ou uma retracção palpebral do outro olho.

## GRAU DE PTOSE

Em posição primária, o bordo livre palpebral superior recobre o limbo esclerocorneano em 1-2 mm.

MINOR - menor ou igual a 2 mm.

MODERADA - 2-4 mm

MAJOR - maior do que 4 mm.

## PREGA PALPEBRAL

Se está alta, evoca uma deiscência ou desinserção da aponevrose.

## SINAIS ORBITÁRIOS

Regularidade do rebordo ósseo orbitário para pesquisa de enoftalmia (evocador de fractura).

## EXAME DINÂMICO

A medida da excursão do músculo elevador é obtida calculando a diferença de altura da pálpebra no olhar para cima e no olhar para baixo (o frontal é bloqueado por uma pressão digital por cima supracílio).

### ACÇÃO DO ELEVADOR

- NORMAL - 15 mm

- BOA se > 8 mm

- NULA se < 2 mm

## OUTROS CRITÉRIOS

Avaliação da motilidade ocular.

Fenómeno tremor mandibular.

Fenómeno BELL (se ausente, pode aparecer uma queratopatia exposição pós-operatória).

Secura ocular (a sua presença pode contraindicar o tratamento, cirurgia ptose).

Na ptose neurogénica adquirida, há que explorar a sensibilidade corneana.

## SINCINÉSIA MARCUS GUNN

Desaparecimento mais ou menos completo ptose aquando da abertura boca.

## PSEUDO-GRAEFE

Retracção palpebral superior no olhar para baixo e dentro.

## TÉCNICAS CIRÚRGICAS

### 4 TÉCNICAS DE BASE:

- Ressecção elevador
- Suspensão pálpebra ao músculo frontal
- Ressecção músculo Muller
- Cirurgia aponevrose do elevador

### RESSECÇÃO DO ELEVADOR

A mais frequente.

A importância da ressecção é determinada aplicando as tábuas de BEARD (correspondência entre a ressecção do elevador e a sua função).

### SUSPENSÃO PALP. SUPERIOR AO MÚSCULO FRONTAL

Consiste em solidarizar a pálpebra ptosada ao músculo frontal homolateral por um material inerte.

O material sustentado levanta a pálpebra superior para diante e cima, enquanto o elevador leva-a para trás e cima.

#### TÉC. CRAWFORD

3 incisões cutâneas por cima cílios - 2 incisões supraciliares

Colocação de 2 fitas de fascia lata sob o orbicular.

#### TÉC. MORAX

Incisão cutânea a 8 mm bordo livre (libertando o orbicular)

Fixação da fita fascia lata da face anterior tarso.

### RESSECÇÃO TARSO-CONJUNTIVAL E CONJUNTIVO-MULLERIANA

Esta cirurgia reserva-se à ptose minor com boa função do elevador e um teste positivo à neosinefrina a 10% (o teste é positivo se, 10 minutos após a instilação numa gota, a pálpebra ptosada se eleva o mesmo que do lado são).

### CIRURGIA APONEVRÓTICA

Reservada para as ptoses adquiridas (que apresentam uma boa função do elevador, uma prega alta e desinserção da aponevrose).

### QUEM OPERAR

Indicações funcionais (risco de ambliopia das ptoses conjuntivas)

Indicações cosméticas (ptoses mínimas ou acompanhadas de sincinésias).

## QUANDO OPERAR

### Ptoses congénitas

- Risco de ambliopia - obriga a intervir a partir dos primeiros meses de vida.

## PTOSE ADQUIRIDA

Necessitam duma recessão inferior às congénitas.

Ptoses neurogénicas têm um tempo de espera de 6 meses.

## OFTALMOPLÉGIA EXTERNA PROGRESSIVA

Cirurgia prudente devido à limitação dos movimentos oculares com risco de exposição córnea.

## COMPLICAÇÃO CIRURGIA

- Hipocorreção
- Hipercorreção
- Anomalias pregas palpebrais
- Malformação bordo livre
- Exposição córnea

## 4.16 BLEFAROESPASMOS

São espasmos involuntários do músculo orbicular ocular. O espasmo pode progredir até que o doente esteja funcionalmente cego.

Contracções involuntárias tónicas e espasmódicas do orbicular palpebral, supraciliar, levando à oclusão completa ou parcial das pálpebras (durável e intensa).

### EPIDEMIOLOGIA

- Mulheres
- Entre 50-70 anos
- Início insidioso

### FORMAS CLÍNICAS

Blefaroespasma essencial.

Síndrome Meige (distonia crânio-cervical) - combinação de blefaroespasma essencial e envolvimento muscular facial e nariz. a fala pode estar afectada.

Hemiespamo facial (é um espasmo involuntário unilateral na distribuição do nervo 7º par).

#### TRATAMENTO

MÉDICO (benzodiazepinas, haloperidol, atropina)

NÃO MÉDICO (psicoterapia, injeção álcool, hipnose)

CIRURGIA (secção do facial e ressecção orbicular) – a miomectomia é reservada para os doentes que não respondem a toxinas botulinicas.



Fig. 4.159 Blefaroespasm



Fig. 4.160 Blefaroespasm



Fig. 4.161 Blefaroespasm

#### 4.17 TRAUMATOLOGIA

As cicatrizes da face devem ter em conta as linhas naturais da face (linhas Langer), sendo raramente quelóides.

#### SUTURAS

Os pontos são regularmente repartidos para equilibrar a tensão.

Ablacção dos fios faz-se entre o 5º-10º dia.

Cicatrização viciosa é menor, quanto menor forem os fenómenos inflamatórios ou infecciosos.

#### REPARAÇÃO PALPEBRAS

Reparação deve ser efectuada plano por plano (plano superficial cutâneo-muscular e plano profundo tarso-conjuntival).

Evitar a tensão palpebral excessiva.

Podemos negligenciar até  $\frac{1}{4}$  do comprimento duma pálpebra (regra de Mustardé).

A reparação do tarso é indispensável.

#### EQUIMOSSES PALPEBRAIS

Pode traduzir a existência de uma fractura base crânio (inicia-se 48 horas após o traumatismo, atingindo a conjuntiva e depois a pálpebra inferior).

#### QUEIMADURAS PALPEBRAIS

1º GRAU- eritema simples

2 GRAU - flictena

3º GRAU - destruição epiderme e sua camada basal.

4º GRAU - evolui para carbonização

- **Feridas**

Mecanismo variado. Isoladas ou múltiplas.



Fig. 4.162 Ferida da pálpebra superior, com perda de substância



Fig. 4.163 Múltiplas feridas da pálpebra suturadas

- **Hematoma**

Resultam dum traumatismo palpebral ou duma contusão da região frontal.



Fig. 4.164 Hematoma palpebral



Fig. 4.165 Hematoma palpebral

- **Por chumbo caça**



Fig.4.166 Traumatismo por chumbos de caça

#### 4.18 RETRACÇÃO PALPEBRAL

Caracteriza-se pela presença dum bordo palpebral superior ao nível do limboesclerocorneano ou a um nível acima.

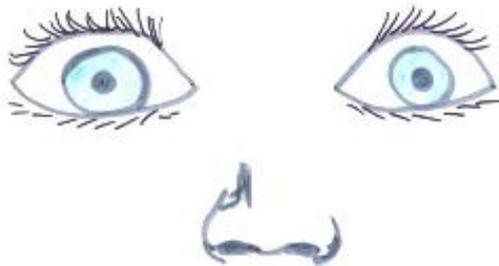


Fig. 4.167 Retraccção palpebral bilateral

#### **ETIOLOGIA:**

- Oftalmopatia tiroideia
- Neurogénica
  - Paralisia facial
  - S. Marcus Gunn

Caracteriza-se por uma retracção da pálpebra em ptose, quando se abre a boca.



Fig 4.168 S Marcus Gunn

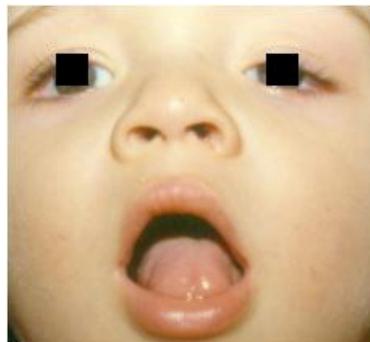


Fig 4.169 S. Marcus Gunn

- Hidrocefalia
- Parkinson
- Mecânica

- Cicatrização da pele da pálpebra
- Congénita
  - Isolada
  - S. Down
- Globo ocular proeminente

### SINAIS RECTRÁTEIS

Miopatia hipertrófica fibrosante.

Sinergia oculomotora (complexo elevador - r.superior é anormal estimulado se existe fibrose r.inferior).

Hiperactividade simpática músculo Muller (a única ligação com a tireotoxicose).

### CLASSIFICAÇÃO

MINOR - show escleral menor ou igual a 2 mm

MÉDIA - show escleral 0 a 4 mm

GRAVE - show escleral maior do que 4 mm

### OUTROS SINAIS

Assinergia óculo - palpebral (pálpebra superior não se desenrola quando se olha para baixo).

Rarefacção pestanejo (sinal STELLAWAG).

Dificuldade de eversão pálpebra superior (sinal de GIFFORD).

Assinergia óculo- frontal - a fronte não se move no olhar para cima.

### CIRURGIA

Excisão do músculo de Muller.

#### **4.19 FLOPPY EYELID SYNDROME**

Caracteriza-se pela presença de um tarso mole e dobrável da pálpebra superior, permitindo uma eversão fácil.

Mais comum em obesos, meia-idade e sexo masculino.

**PATOGÉNESE:** Perda de fibras elastina na placa tarsal. Hipótese de factores mecânicos nocturnos, que resultam em isquémia palpebral focal. A eversão palpebral ocorre mais frequentemente durante o sono, originando irritação conjuntival.

**CLÍNICA:** Irritação ocular crónica, olho vermelho e secreção conjuntival mucóide. O sinal mais proeminente é a eversão da pálpebra superior.

Outros achados oculares: Epiteliopatia ponteada, queratocone, blefaroptose, ptose pestanas, dermatocalaza e ectropion.

Associação sistémica: Apneia do sono obstrutiva. Obesidade, doença cardíaca sistémica, atraso mental, hiperglicémia, tiroidite Hashimoto<sup>24,25</sup>.

#### TRATAMENTO:

- Lubrificantes oculares
- Cirurgia (correção da laxidez palpebral horizontal)<sup>26</sup>.

#### BIBLIOGRAFIA:

- 1 – Tessier P, et al. Plastic surgery of the eyelids and orbit. Chicago. Mosby, 1977.
- 2 – Guibor P. Surgical repair of congenital colobomas. Trans Am Acad Ophthalmol Otolaryngol 1975; 79; 671-8.
- 3 – Duke-Elder S. Congenital anomalies of the ocular adnexa. In: Duke Elder S (Ed): System of Ophthalmology. London. Henry Kimpton, 1964.
- 4 – Tsao H, Bevona C, Goggins W, Quinnt. The transformation rate of moles (melanocytic nevi) into cutaneous melanoma. A population-based estimate. Arch Dermatol 2003; 139; 282-8.
- 5 – Grossniklans HE, McLean IW. Cutaneous melanoma of the eyelid. Clinicopathologic features. Ophthalmology 1991; 98(12); 1867-73.
- 6 – Cook BE Jr, Bartley GB. Treatment options and future prospects for the management of eyelid malignancies: an evidence-based update. Ophthalmology 2001; 108; 2088-98.
- 7 – Shields JA, Demirci H, Marr BP, Eagle R, Shields CL. Sebaceous carcinoma of the ocular region: a review surv ophthalmol 2005; 50(2); 103-22.
- 8 – Deprez M, Uffer S. Clinicopathological features of eyelid skin tumors. A retrospective study of 5504 cases and review of literature. Am J Dermatopathol 2009; 31(3): 256-2.
- 9 – Font DL. Eyelids and lacrimal drainage system. In: Spencer WH, Ed. Ophthalmic pathology: An atlas and textbook. 4<sup>th</sup> torre syndrome. Dermatol Clin 1995; 13(1): 79-89.
- 10 – Cohen PR, Kohn SR, Davis DA, Kurzrock R. Muir torre syndrome. Dermatol Clin 1995; 13(1): 179-89.
- 11 – Margo CE, Waltz K. Basal cell carcinoma of the eyelid and periocular skin. Surv Ophthalmol. 1993; 38: 169-92.
- 12 – Leibovitch I, McNab A, Sullivan T. Orbital invasion by periocular basal cell carcinoma. Ophthalmology 2005; 112: 717-23.
- 13 – Kass LG, Hornblass A. Sebaceous carcinoma of the ocular adnexa. Surv Ophthalmol 1989; 33(6): 477-90.

- 14 – Shields JA, Demirci H, Marr BP, eagle RC Jr, Shields CL. Sebaceous carcinoma of the eyelids: personal experience with 60 cases. *Ophthalmology* 2004; 111(12): 2151-7.
- 15 – Margileth AM, Museles M. Current concepts in diagnosis and management og congenital cutaneous hemangiomas. *Pediatrics* 1965; 36: 410-6.
- 16 – Sullivan TJ, Clarke MP, Morin JD. The ocular manifestations of the sturge-weber syndrome. *J Pediatr ophthalmol strab* 1992; 29: 349-56.
- 17 – Tallman B, Tan OT, Morelli JG, et al. Location of port-wiune stain and the likelihood of ophthalmic and/or central nervous system complications. *Pediatrics* 1991; 87; 323-7.
- 18 – Lee V, Ragge NK, Collin JR. Orbitotemporal neurofibromatosis. Clinical features and surgical management. *Ophthalmology* 2004; 111: 382-8.
- 19 – Shore JW. Changes in Lewer eyelid resting position, movement, and tone with age. *Am J Opth* 1985; 99; 415-23.
- 20 – Stefannyszyn M, Hidayat AA, Flanagan JC. The histopathology of involutinal ectropion. *Ophthalmology* 1985; 92; 120-7.
- 21 – Levine MR, Enlow MK, Terman S. Spastic entropion after cataract surgery. *Ann Ophthalmol* 1992; 24(5): 195-8.
- 22 – Dutton JJ, Fowler AM. Botulinum toxin in ophthalmology. *Surv Ophthalmol* 2007; 52(1): 13-31.
- 23 – Fruch BR. The mechanistic classification of ptosis. *Ophthalmology* 1980; 87: 1019-21.
- 24 – Mack WP. Floppy eyelid syndrome and mental retardation. *Ophthalmology* 2006; 113: 1669-60.
- 25 – Gerner EW, Hughes SM. Floppy eyelid with hiperglycinemia. *Am J Ophthalmol* 1984; 98: 614-6.
- 26 – Moore MB, Harrington J, McCully JP. Floppy syndrome: management including surgery. *Ophthalmology* 1986; 93: 184-8.