

SÍNDROME DA FROUXIDÃO PALPEBRAL: 10 CASOS CONSECUTIVOS

*Floppy eyelid syndrome: 10 consecutive cases*GIOVANNI ANDRÉ PIRES VIANA¹, MIDORI OSAKI², ANA ESTELA SANT'ANNA³, FÁBIO RIGHETTI³

RESUMO

Introdução: A síndrome da frouxidão palpebral é caracterizada por apresentar tarso maleável, permitindo a eversão da pálpebra superior, conjuntivite papilar crônica e sintomas irritativos não específicos. **Método:** Os autores apresentam sua experiência no tratamento de 10 casos consecutivos de síndrome da frouxidão palpebral, na Universidade Federal de São Paulo, no período de janeiro de 2005 a julho de 2006. Foram verificados: idade, queixa principal, achados do exame físico, presença de doença local ou sistêmica associada, tipo de tratamento e complicações. **Resultados:** A grande maioria dos pacientes era do sexo masculino (60%). A idade variou entre 28 e 62 anos, média de 46,5 anos. Em cinco pacientes, havia comprometimento bilateral da pálpebra superior e, no restante, em apenas um lado. Nesta casuística, a queixa principal foi edema palpebral, sensação de corpo estranho, dor e lacrimejamento. Todos os pacientes apresentaram obesidade como comorbidade. Oito pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico, sendo realizado retalho lateral de tarso (*tarsal strip*). Dois pacientes foram tratados conservadoramente, com alguma melhora dos sinais e sintomas. Todos os pacientes operados tiveram resolução completa dos sintomas, com resultado duradouro após seguimento de 6 meses, em média. **Conclusões:** Os autores acreditam que o tratamento cirúrgico é a melhor opção terapêutica. A avaliação da flacidez horizontal por meio do *distraction test*, tanto da pálpebra superior quanto da inferior, deveria ser incluída de rotina no exame de todo paciente que apresentasse irritação crônica dos olhos e lacrimejamento.

Descritores: Conjuntivite, etiologia. Doenças palpebrais. Pálpebras, cirurgia.

SUMMARY

Background: The floppy eyelid syndrome is characterized by rubbery tarsus and easily everted upper lid, chronic papillary conjunctivitis, and nonspecific irritative. **Method:** The authors report here the findings and their experience in ten consecutive cases with floppy eyelid syndrome treated at the Federal University of São Paulo, between January 2005 and July 2006. It was verified age, gender, presenting complaint, physical findings, associated local and systemic diseases, type of treatment and complications. **Results:** The majority of the patients were male (60%). The ages ranged from 28 to 62 (mean 46.5 years). Five patients presented with bilateral disease, and five presented with unilateral disease. The main presenting complaint in this series included eyelid swelling, foreign body sensation, pain and tearing. All patients studied presented obesity as associated systemic condition. Eight patients underwent surgical procedure. It was performed a lateral tarsal strip without periosteal flap for lateral canthal fixation. Two patients were treated conservatively with some degree of improvement. All surgical patients had complete resolution of symptoms and normalization of eyelash position after surgery, with stable and good cosmetic appearance after a mean of 6 months of follow-up. **Conclusions:** The authors believe that surgical treatment is the best choice of management. Measuring upper and lower eyelid distraction should be included in the routine evaluation of all patients presenting with chronically irritated and tearing eyes. Control of associated systemic diseases, weight loss, and change of sleeping habits to avoid continued mechanical trauma may support the treatment success further.

Descriptors: Conjunctivitis, etiology. Eyelid diseases. Eyelids, surgery.

1. Cirurgião Plástico do Serviço de Plástica Ocular, Departamento de Oftalmologia, Universidade Federal de São Paulo; Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica.

2. Oftalmologista chefe do Serviço de Plástica Ocular, Departamento de Oftalmologia, Universidade Federal de São Paulo.

3. Oftalmologista do Serviço de Plástica Ocular, Departamento de Oftalmologia, Universidade Federal de São Paulo.

Correspondência para: Giovanni André P. Viana
Al. Jauaperi 732 - Moema - São Paulo/SP - CEP 04523-013 - Telefax: 0xx11 5055-3831
E-mail: info@cliniplast.com

INTRODUÇÃO

A síndrome da frouxidão palpebral foi inicialmente descrita por Culbertson e Osler¹, em 1981, em 11 pacientes obesos do sexo masculino. Embora descrita inicialmente em homens obesos^{1,2}, ela pode ocorrer em mulheres³⁻⁷. É caracterizada pela presença de tarso maleável (que permite facilmente a eversão da pálpebra superior), conjuntivite papilar crônica e sintomas irritativos não específicos (Figura 1). O quadro clínico ocular, geralmente, ocorre no lado no qual o paciente usualmente dorme, pode ser bilateral, naqueles pacientes que dormem em decúbito ventral¹⁻⁷. Como o quadro clínico é de conjuntivite não específica, normalmente, a síndrome não é diagnosticada. A similaridade com blefarocálaze tem sugerido que o processo inflamatório crônico seria responsável pelos achados nos casos mais avançados⁸.

Os autores descrevem a experiência no tratamento de 10 casos consecutivos de síndrome da frouxidão palpebral, atendidos no ambulatório de Plástica Ocular da Universidade Federal de São Paulo, entre janeiro de 2005 e julho de 2006.

MÉTODO

Foi realizado um estudo prospectivo no Serviço de Plástica Ocular, da Universidade Federal de São Paulo, com todos os pacientes diagnosticados com síndrome da frouxidão palpebral, entre janeiro de 2005 e julho de 2006. Durante este período, os autores trataram de 10 casos consecutivos. Os seguintes dados foram analisados: idade, sexo, queixa principal, sinais e sintomas, doenças associadas (local e sistêmica), tipo de tratamento e complicações.

Deste total, oito pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico, sendo que todas as cirurgias foram realizadas pela mesma equipe cirúrgica. As cirurgias foram realizadas sob anestesia local com lidocaína 2% e epinefrina a 1:200.000 e o procedimento de escolha foi a confecção do retalho tarsal lateral (*tarsal strip*). Dois pacientes foram submetidos a tratamento conservador. Todos os pacientes tiveram seguimento de, pelo menos, 6 meses após sua primeira entrevista.

RESULTADOS

A característica de cada caso é demonstrada na Tabela 1. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (60%). A idade variou entre 28 e 62 anos e média de 46,5 anos. Em cinco pacientes, o acometimento foi bilateral, enquanto que nos demais, havia comprometimento unilateral (direito - 1, esquerdo - 4).

Em relação à queixa principal, observou-se edema palpebral, sensação de corpo estranho, dor e lacrimejamento em cinco pacientes, secreção em quatro, hiperemia conjuntival em três e triquiase em um. Os achados clínicos dos 10 pacientes estão descritos na Tabela 2.

Todos os pacientes apresentavam eversão espontânea da pálpebra superior. Outro achado clínico foi blefaroptose em três casos, apresentando sinais clássicos de ptose aponeurótica, incluindo sulco palpebral alto ou ausente e função boa do músculo levantador. Em relação às co-morbidades, observou-se que todos os pacientes eram obesos e três casos apresentavam hipertensão arterial sistêmica (HAS).

Dentre os 10 pacientes desta casuística, oito (80%) foram

Figura 1 - Paciente com conjuntivite papilar crônica.



Tabela 1 – Características dos pacientes						
Paciente N°	Idade (anos)	Sexo	Comprometimento	Esfrega as pálpebras	Blefaroptose	Ptose de cílios
1	62	M	OS	+	OS	-
2	42	M	OD	-	OD	-
3	58	F	OS	-	-	-
4	48	M	OS	+	-	-
5	53	M	OS	-	OS	-
6	42	F	AO	+	-	-
7	43	M	AO	+	-	-
8	28	F	AO	-	-	+
9	56	M	AO	+	-	-
10	33	F	AO	+	-	-

AO- ambos os lados; OD- lado direito; OS- lado esquerdo.

submetidos a tratamento cirúrgico, sendo 13 pálpebras tratadas. Todos estes casos tiveram resolução completa do quadro e normalização da posição dos cílios após o tratamento (Figuras 2 e 3), com resultado duradouro após seguimento de 6 meses, em média. Ambos os casos tratados conservadoramente apresentaram alguma melhora do quadro clínico. Ocorreu uma complicação nesta casuística no caso 9, que apresentou deiscência da sutura do retalho tarsal, no 15º dia após a cirurgia; foi reoperado e apresentou boa evolução clínica.

DISCUSSÃO

A síndrome da frouxidão palpebral normalmente não é diagnosticada, sua patogênese é desconhecida. Ela é caracterizada pela presença de grande frouxidão e distensibilidade da pálpebra superior, conjuntivite papilar crônica e sintomas irritativos não específicos^{1,2}. Os achados clínicos adicionais podem incluir ptose dos cílios, blefaroptose aponeurótica e lesão corneana crônica, tais como ceratopatia epitelial puntiforme e úlcera de cornea^{5,6,9}. Comorbidades sistêmicas foram descritas em associação a esta síndrome, sendo a mais comum obesidade (43%), seguida de hipertensão arterial sistêmica (13%), diabetes mellitus (12%) e apnéia obstrutiva do sono (6%)^{1,6,10}.

Em pacientes obesos, freqüentemente, há história que o doente costuma se deitar sobre o lado afetado, sugerindo que a eversão crônica palpebral poderia causar dano mecânico ao tarso^{1,2}; o ato de esfregar as pálpebras também poderia estar associado a este trauma⁴. Observou-se, nesta casuística, que todos os pacientes eram obesos e tinham o hábito de esfregar as pálpebras, o que dá suporte à hipótese que fatores mecânicos predisponem ao surgimento desta síndrome.

Tabela 2 – Achados clínicos	
Achados clínicos	Nº de pacientes
Tarso Superior Maleável	10
Dermartocálaze	6
Conjuntivite Papilar	5
Frouxidão da Pálpebra Inferior	4
Blefaroptose	3
Ptose de Glândula Lacrimal	2
Ceratopatia Puntiforme	2
Ceratocone	1
Ptose de Cílios	1

Netland et al.⁵ descreveram a ptose de cílios, que pode ser definida como o posicionamento dos cílios em direção caudal. Nesta casuística, foi encontrada uma paciente com esta alteração, associada à perda do paralelismo dos cílios ao longo de toda extensão da margem palpebral superior.

Schlötzer-Schrehardt et al.¹¹ demonstraram que o aumento da ação das enzimas que degradam a elastina ocorreria, muito provavelmente, induzido pelo trauma mecânico repetitivo, causando a degeneração da fibra elástica e, subseqüentemente, a frouxidão do tarso e ptose dos cílios. Outros autores sugerem que a eversão noturna da pálpebra superior é causada pela porção pré-tarsal do músculo orbicular dos olhos, juntamente com a pele desta região, que cavalgariam sobre a margem palpebral, causando a alteração na posição dos cílios⁶.

A associação desta síndrome com ceratocone é bem documentada e identificou-se, nesta casuística, uma paciente com este tipo de lesão⁴. Houve um caso de inflamação das glândulas de meibomius, com alteração qualitativa do filme

Figura 2 - A - Pré-operatório; B - Pós-operatório de 1 ano em paciente submetida à confecção de retalho tarsal superior à esquerda, portadora de ceratocone bilateral.



lacrimal, que combinado com a exposição noturna da córnea e a falta de contato da pálpebra superior com o globo ocular, pode contribuir para a ceratoconjuntivite encontrada na síndrome.

Várias formas de tratamento clínico já foram descritas, entre elas pode-se citar: protetor ocular noturno, fechamento das pálpebras com ajuda de fita adesiva durante a noite. Do ponto de vista cirúrgico, há várias alternativas: ressecção pentagonal da pálpebra superior, iniciando a ressecção no terço lateral; tarsorafias laterais; cirurgia de Bick; retalho tarsal lateral, com ou sem retalho de periósteo, para a fixação cantal lateral; encurtamento medial da pálpebra superior para correção da flacidez medial; entre outros^{1,3,7,8,10,12-15}. Nesta casuística, a conduta cirúrgica foi a realização do retalho de

tarsal sem retalho de periósteo, em oito pacientes, com completa resolução do quadro clínico inicial e com a normalização da posição dos cílios. Em quatro pacientes, foi realizado concomitantemente o retalho tarsal na pálpebra inferior. Dois pacientes desta casuística não desejaram ser submetidos a tratamento cirúrgico, sendo tratados de modo conservador com uso de protetor ocular durante o sono, uso de lubrificante tópico ocular e aconselhados a não esfregar as pálpebras. Ambos os casos apresentaram discreta melhora após seis meses de acompanhamento. Nesta casuística, houve um caso de deiscência e, revendo-o, observou-se que o paciente apresentava história de esfregar as pálpebras rotineiramente, sendo reoperado com a mesma abordagem cirúrgica, apresentando boa evolução. A realização

Figura 3 – A - Pré-operatório; B - Pós-operatório de 8 meses em paciente submetido à confecção de retalho tarsal superior bilateral.



de blefaroplastia superior, correção da blefaroptose e cantopexia medial foram realizadas em alguns pacientes, de acordo com o plano cirúrgico prévio.

Os autores apresentam uma casuística de dez pacientes consecutivos com síndrome da frouxidão palpebral, cujos achados são semelhantes aos da literatura, tanto em relação ao quadro clínico quanto às doenças sistêmicas associadas. Os autores acreditam que o tratamento cirúrgico é a melhor opção terapêutica, entretanto, a abordagem conservadora não pode ser descartada, principalmente nos casos em que o paciente não deseja ser submetido a um procedimento cirúrgico.

A avaliação da flacidez horizontal por meio do *distraction test*, tanto da pálpebra superior quanto da inferior, deveria ser incluída de rotina na avaliação de todo paciente

que apresentasse irritação crônica dos olhos e lacrimejamento. O *distraction test* consiste em apreender a pálpebra inferior e afastá-la do globo ocular. A distância entre o globo ocular e a porção central da margem palpebral quando maior que 8 a 10 mm indica frouxidão ligamentar.

O controle das doenças sistêmicas associadas, perda de peso e mudança nos hábitos durante o sono, para se evitar o trauma mecânico, podem aumentar a chance de maior sucesso no manejo desta síndrome.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Culbertson WW, Ostler HB. The floppy eyelid syndrome. *Am J Ophthalmol.* 1981;92(4):568-75.
2. Parunovic A. Floppy eyelid syndrome. *Br J Ophthalmol.* 1983;67(4):264-6.

3. Moore MB, Harrington J, McCulley JP. Floppy eyelid syndrome: management including surgery. *Ophthalmology*. 1986;93(2):184-8.
4. Donnenfeld ED, Perry HD, Gibraltar RP, Ingraham HJ, Udell IJ. Keratoconus associated with floppy eyelid syndrome. *Ophthalmology*. 1991;98(11):1674-8.
5. Netland PA, Sugrue SP, Albert DM, Shore JW. Histopathologic features of the floppy eyelid syndrome: involvement of tarsal elastin. *Ophthalmology*. 1994;101(1):174-81.
6. Langford JD, Linberg JV. A new physical finding in floppy eyelid syndrome. *Ophthalmology*. 1998;105 (1):165-9.
7. Mörschbacher R, Sant'Anna AE, Portelinha W. Síndrome da flacidez da palpebral superior. *Arq Bras Oftal*. 1993;56(6):339-42.
8. Goldberg R, Seiff S, McFarland J, Simons K, Shorr N. Floppy eyelid syndrome and blepharochalasis. *Am J Ophthalmol*. 1986;102(3):376-81.
9. Holbach LM. Diseases of the eyelid-conjunctival complex and corneal complications of lid disease. *Curr Opin Ophthalmol*. 1995;6(4):39-43.
10. Gerner EW, Hughes SM. Floppy eyelid syndrome with hyperglycinemia. *Am J Ophthalmol*. 1984; 98(5):614-6.
11. Schlötzer-Schrehardt U, Stojkovic M, Hofmann-Rummelt C, Cursiefen C, Kruse FE, Holbach LM. The pathogenesis of floppy eyelid syndrome. Involvement of matrix metalloproteinases in elastic fiber degradation. *Ophthalmology*. 2005;112(4):694-704.
12. Periman LM, Sires BS. Floppy eyelid syndrome: a modified surgical technique. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2002;18(5):370-2.
13. Valenzuela AA, Sullivan TJ. Medial upper eyelid shortening to correct medial eyelid laxity in floppy eyelid syndrome: a new surgical approach. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2005;21(4):259-63.
14. Burkat CN, Lemke BN. Acquired lax eyelid syndrome: an unrecognized cause of the chronically irritated eye. *Ophthal Plast Reconstr Surg*. 2005;21(1):52-8.
15. Araújo MR, Daher M, Leitão LCS, Almeida ACM, Daroda RF. Síndrome da pálpebra superior flácida. *Rev Soc Bras Cir Plast*. 2005;20(1):54-8.

Trabalho realizado na Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Oftalmologia, São Paulo, SP.

Artigo recebido: 19/12/2006

Artigo aprovado: 24/04/2007