



DOENÇAS DAS PÁLPEBRAS E CÍLIOS

AUTOR PRINCIPAL

Bina Patel, OD: Colégio de Optometria de New England

REVISTO POR

Marc Myers, OD

CONTÉUDO DO CAPÍTULO

FUNÇÃO DAS PÁLPEBRAS:	1
ANATOMIA DAS PÁLPEBRAS: (DE ANTERIOR PARA POSTERIOR)	2
ANORMALIDADES CONGÊNITAS DAS PÁLPEBRAS	5
ANORMALIDADES ESTRUTURAIS DAS PÁLPEBRAS: (POSIÇÃO).....	8
LESÕES BENIGNAS DAS PÁLPEBRAS	17
TUMORES MALIGNOS DAS PÁLPEBRAS:	20
INFLAMAÇÃO/INFEÇÃO DA PELE/PÁLPEBRAS:	24

FUNÇÃO DAS PÁLPEBRAS:

1. Prevenção da dessecação ocular (tanto durante as horas de vigília como durante o sono), mantendo uma boa visão e um bom aspeto cosmético
2. Proteção do globo contra agentes patogénicos e penetrações de corpos estranhos
3. A secreção glandular da pálpebra ajuda a manter o filme lacrimal pré-ocular, isto é, as glândulas de Meibomius e as glândulas de Zeiss produzem uma secreção oleosa que impede a evaporação da porção aquosa da lágrima
4. Pestanejar espontâneo
5. O Reflexo de pestanejo é uma resposta a substâncias irritantes / corpos estranhos
6. Os cílios, ao longo do bordo marginal da pálpebra, servem como um filtro para evitar que materiais estranhos, como poeiras, entrem em contato com a superfície do olho quando este está aberto

ANATOMIA DAS PÁLPEBRAS: (DE ANTERIOR PARA POSTERIOR)

PELE

- Mais fina do corpo
- Depósito mínimo de gordura sob a derme
- Facilmente móvel
- Ligação fraca ao músculo orbicular
- Devido à tal ligação fraca, há uma predisposição ao inchaço (caso de celulite pré-septal)

MUSCULOS: (DE ANTERIOR PARA POSTERIOR)

- *Músculo orbicular do olho:* (fig. 7.1)
 - Músculo estriado fino, preso aos ligamentos palpebrais medial e lateral de uma forma circular.
 - Músculo superficial da expressão facial
 - Inervado pelo 7º nervo craniano (Facial)
 - Envolvido no encerramento forçado e pestanejo involuntário
 - Aplicação clínica: doença idiopática do 7º nervo craniano resultando num encerramento da pálpebra incompleto, chamado de lagofthalmo.
 - As pálpebras recebem uma rica oferta vascular através da artéria oftálmica (ramo da artéria carótida interna) e da artéria facial (ramo da artéria carótida externa).

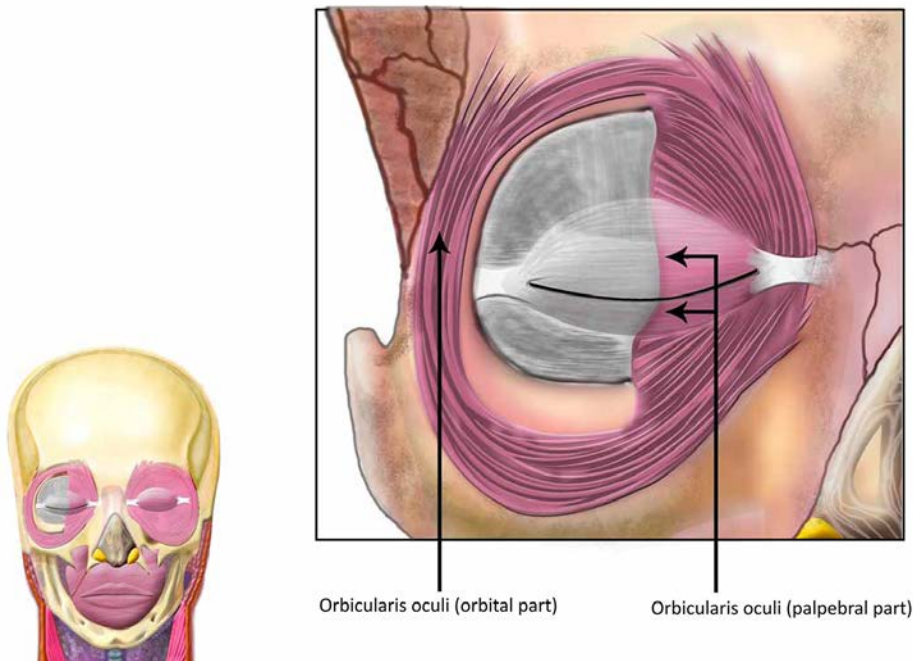


Figure 7.1: Anatomia do musculo orbicular

- *Músculo elevador da pálpebra superior:*
 - Apoia e eleva as pálpebras superiores
 - Funde-se com o septo orbital 4 mm acima da superfície anterior do tarso



- Elementos fibrosos anteriores expandem-se em aponeurose - penetra através do septo orbital e insere-se na pele das pálpebras => pregas palpebrais
 - Inervados pelo 3º nervo craniano (Oculomotor)
 - Os danos no músculo / nervo levam a ptose
- **Músculo de Müller:**
- Músculo liso sob a superfície do músculo elevador
 - Anexado à placa tarsal superior,
 - Fornece elevação tônica à pálpebra superior
 - Inervado pelo sistema nervoso simpático
 - Danos neste músculo levam a ptose parcial

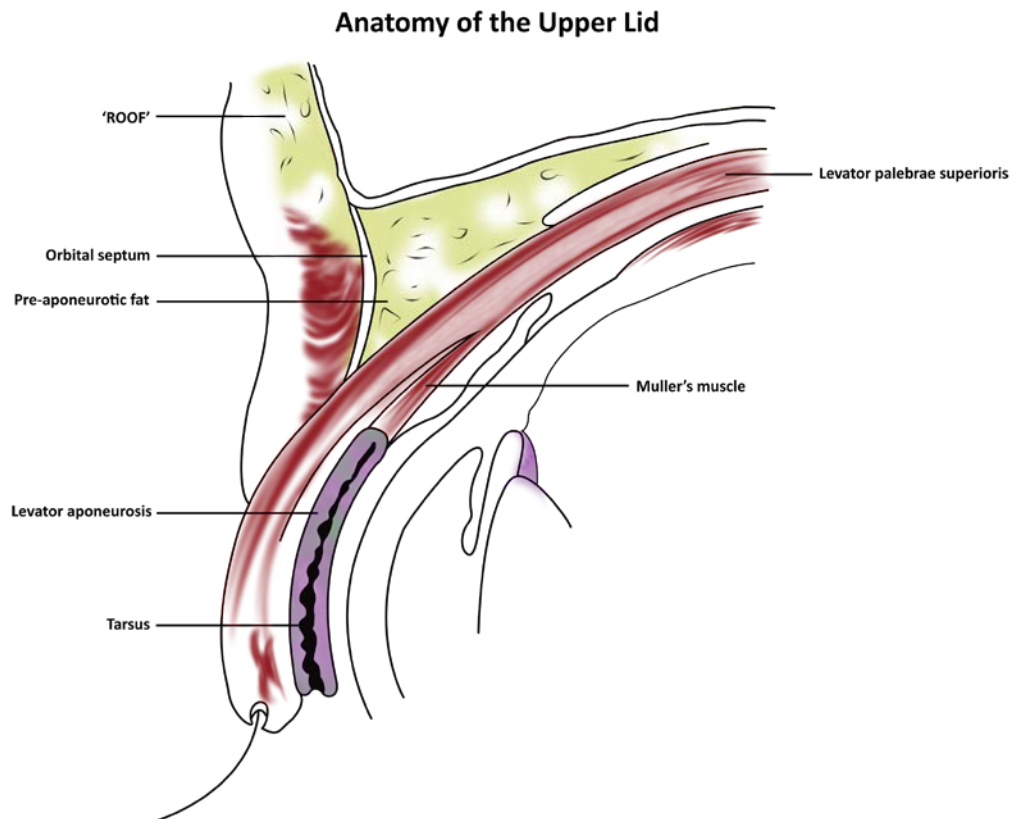


Figure 7.2: Anatomia da secção transversal da pálpebra superior

SEPTO ORBITÁRIO

- Estrutura de tecido conjuntivo que representa a fronteira entre o tecido anatómico da pálpebra e o tecido orbital (ver Fig. 7.2)
- Anteriores ao septo orbital estão o músculo orbicular e a pele (pálpebra anterior)
- Posteriores ao septo orbital estão o músculo de Müller, o músculo elevador e a placa tarsal
- O septo orbital atua como uma barreira entre o conteúdo orbital e as porções anterior e posterior das pálpebras
- Previne infecções de penetrarem além do septo
- Referência cirurgicamente importante



PLACAS TARSAIS

- Composto por tecido conjuntivo denso
- Dá consistência estrutural e semi-rigidez às pálpebras
- Cada tarso envolve as glândulas de Meibomius, aproximadamente 40 na pálpebra superior e 20 na pálpebra inferior (Fig. 7.2)
- As extremidades mediais e laterais estão ligadas aos bordos orbitais pelos ligamentos palpebrais medial e lateral

CONJUNTIVA

- A conjuntiva palpebral está alinhada com as pálpebras internas e é contígua ao longo do fórnice com a conjuntiva bulbar
- Também é contínua com as mucosas das glândulas de Krause e Wolfring

ORIFÍCIOS DE MEIBOMIUS

- Aberturas na margem interna da pálpebra fornecendo as secreções lipídicas e importante na contribuição das lágrimas
- Aproximadamente 25-40 na pálpebra superior e 15-20 na pálpebra inferior

LINHA CINZA

- Encontra-se anteriormente aos orifícios de Meibomius e posteriormente aos cílios
- Divide a margem de pálpebra em anterior e posterior

CÍLIOS

- “cilia”
- 2-3 linhas presentes na pálpebra superior, aproximadamente 100-150 cílios
- 1 linha na pálpebra inferior, de aproximadamente 50-75 cílios
- O tempo de crescimento varia entre 7 até 10 semanas (alguma literatura sugere um longo período de tempo)
- Os folículos dos cílios estão associados com várias glândulas (Zeiss e Moll)

GLÂNDULAS PALPEBRAIS

- As glândulas de Moll são glândulas sudoríparas apócrinas modificadas, que se abrem para um folículo ciliar. São mais numerosas na pálpebra inferior, segregam material gorduroso e suor no folículo do cílio.
- Glândulas de Zeiss: são glândulas sebáceas modificadas que segregam material lipídico no folículo do cílio.
- Glândulas de Meibomius: são glândulas sebáceas modificadas, localizadas na placa tarsal. Segregam através dos orifícios. Cada glândula consiste de uma conduta central com ácinos múltiplos, as células que sintetizam os lípidos e que passam para o interior da conduta, formando a camada exterior da película lacrimal pré-corneal.
- As glândulas lacrimais acessórias incluem as glândulas de Krause e Wolfring que contribuem para a secreção lacrimal basal. Encontra-se em fórnices (mais na pálpebra superior) e borda tarsal superior. Histologicamente idêntica à glândula lacrimal.



ANORMALIDADES CONGÊNITAS DAS PÁLPEBRAS

1. COLOBOMA PALPEBRAL

- O Coloboma palpebral é uma lacuna ou entalhe de espessura total das pálpebras (unilateral ou bilateral)
- Formação estrutural incompleta das pálpebras, que pode ou não ser associada com outras malformações oculares ou faciais
- Pode ocorrer em qualquer local, mas mais frequentemente na pálpebra superior. O Coloboma da pálpebra superior geralmente ocorre na junção do terço interior e meio da pálpebra, e na pálpebra inferior na junção da lateral e terço médio da pálpebra.
- Não-hereditário
- **Complicações:**
 - Corneais e exposições da conjuntiva
 - Secagem da película lacrimal
- **Gestão e Tratamento:**
 - Com o objetivo de proteção da córnea
 - Solução de lágrimas artificiais, lágrimas artificiais em gel ou pomada, oclusão ao deitar
 - Cirurgia plástica ocular

2. EPIBLÉFARO

- Condição congênita
- O músculo orbicular pré-tarsal medial está levemente ligado a tarso subjacente. Esta fraqueza faz enrolar a pele do tarso empurrando os cílios contra o globo
- Não é uma verdadeira forma de entrópio, porque o tarso não inverte
- Comum na população asiática
- Pode ocorrer uma autocorreção com a idade pode
- **Tratamento**
 - Nenhum

3. BLEFAROFIMOSE

- Característica autossômica dominante, ou pode ser associada com a síndrome alcoólica fetal
- Bilateral
- As características associadas:
 - Estreitamento horizontal e vertical da fenda palpebral
 - Ptose
 - Telecanto - distância intercantal ampla
 - Epicanto inverso – prega da pálpebra inferior maior do que a da pálpebra superior



Figure 7.3: Blefarofimose

Se estiver associada a síndrome alcoólica fetal, serão encontrados adicionalmente achados faciais anormais

- **Complicações:**
 - É responsável por 5% da ptose congénita
 - Ambliopia
- **Gestão e Tratamento:**
 - Correção cirúrgica necessária para eventualmente evitar a ambliopia



4. PREGAS EPICÂNTICAS (PREGAS MONGOLÓIDES)

- Comum, geralmente bilateral
- Pregas de pele redundantes
- Hereditária: autossômica dominante
- Podem ser classificadas em 4 tipos:
 - Epicanto supraciliar: a prega surge a partir da sobrancelha e curva para baixo em direção saco lacrimal
 - Epicanto palpebral: a prega surge a partir do tarso superior e estende-se ao bordo orbital inferior
 - Epicanto tarsal: a prega sobe a partir vinco da pálpebra superior e funde-se na pele perto do canto medial
 - Epicanto inverso: a prega surge na pálpebra inferior e estende-se à pálpebra superior sobre o canto medial

Gestão:

- Descartar endotropia - realizar o Cover Teste, teste de Bruckner

Tratamento

- Cirurgia plástica: opcional

5. DISTÍQUIASE

- Traço autossômico dominante
- Esta condição ocorre quando uma célula embrionária epitelial primária está destinada a diferenciar-se de uma glândula sebácea especializada (da glândula de Meibomius) do tarso, desenvolve-se numa unidade pilosebácea completa que compreende folículos pilosos juntamente com as suas glândulas sebáceas
- Glândulas de Meibomius substituída por uma linha de cílios anormal sobre a pálpebra superior ou inferior que pode ser visto com a inflamação crónica.
- **Gestão e Tratamento**
 - Lente de contato de bandagem: fornece uma barreira, protegendo a córnea e o limbo
 - Depilação: remoção do cílio manualmente através do biomicroscópio, com uma pinça
 - Eletrólise:
 - i. Estilete introduzido no eixo do folículo
 - ii. Durante cerca de 10 segundo é aplicada uma corrente
 - iii. O folículo fica danificado e a remoção dos cílios é facilitada
 - Destruição de folículo irá reduzir a possibilidade de recrescimento
 - Crioterapia: o cílio e o folículo são destruídos devido ao congelamento e descongelamento de células. Uma crio-sonda de óxido nítrico é colocada sobre a margem palpebral durante o tratamento. A despigmentação da pele, chanframento da pálpebra e a destruição da glândula de Meibomius são possíveis efeitos colaterais

6. SÍNDROME DA PÁLPEBRA CAÍDA

- Caracterizado por conjuntivite papilar crónica resultando na degeneração de tecido conjuntivo colagenoso, produzindo uma consistência anormal do tarso.
- A pálpebra superior tem a tendência para revirar espontaneamente durante o sono, o que resulta na exposição da superfície ocular.
- Geralmente associada à obesidade
Os sintomas mais comuns incluem irritação ocular principalmente ao acordar, irritação crónica dos olhos, vermelhidão e secreção de muco.

Gestão e Tratamento

- Oclusor oftálmico de alumínio
- Lágrimas artificiais, lágrimas artificiais em gel ou em pomada
- Cirurgia da pálpebra superior: procedimento de encurtamento palpebral para melhorar a congruência entre a pálpebra e o globo ocular

ANORMALIDADES ESTRUTURAIS DAS PÁLPEBRAS: (POSIÇÃO)

1. ECTRÓPIO

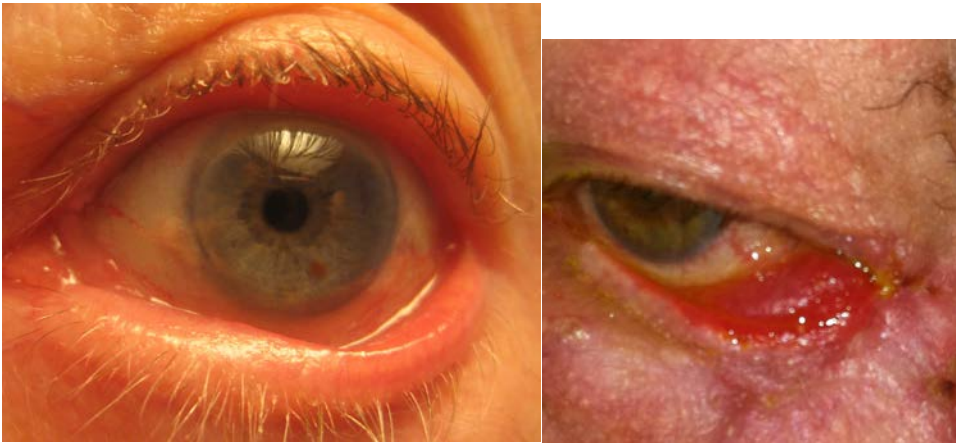


Figure 7.4 (a e b): Ectrópio

- **Definição:** inversão da margem palpebral para fora do globo
 - A porção da conjuntiva palpebral já não estão em contato com conjuntiva bulbar (perda de aposição)
 - Inversão dos pontos lacrimais (inferior)
 - Afeta a pálpebra inferior
- **Sintomas associados:** podem variar de nenhum sintoma, a sintomas semelhantes aos associados com a síndrome do olho seco. Estes sintomas podem incluir lacrimejo reflexo compensatório, vermelhidão e sensação de corpo estranho. Devido à relação anatómica anormal entre a pálpebra e o globo, pode haver um aumento da suscetibilidade à conjuntivite infecciosa e à ulceração da córnea.
- **Etiologia:**
 - **Congénita:** rara
 - Devido ao encurtamento vertical das lamelas anterior (pele e músculo orbicular dos olhos)
 - **Involuntário/senil:** (mais comum)
 - Causada por flacidez horizontal da pálpebra devido ao envelhecimento
 - A gravidade é responsável por inverter a pálpebra inferior expondo a conjuntiva e a córnea inferior
 - **Paralítica:**
 - Devido à paralisia do 7º nervo craniano (temporária ou permanente) afeta o músculo orbicular dos olhos
 - Outros sinais associados à paralisia do 7º nervo incluem paresia completa unilateral facial, perda de rugas faciais, lagofthalmo, incapacidade de piscar, e queratite corneal resultante da exposição
 - Também chamada paralisia de Bell
 - **Espástico:**
 - Visto em indivíduos mais jovens devido a trauma palpebral (cicatrizes)
 - O músculo orbicular contrai causando a inversão da pálpebra (unilateral ou bilateral)
 - **Cicatricial:**
 - Cicatrizes na pele devido a queimaduras térmicas ou químicas
- **Inflamatória:** uma resposta alérgica pode causar um inchaço da pálpebra, produzindo um espessamento da pele, com tendência para puxar as margens da pálpebra para longe do globo ocular. Associada a condições tais como acne rosácea, dermatite atópica, eczema



- **Mecânica:** tumor ou crescimento da margem da pálpebra causando a inversão. Os exemplos podem incluir o carcinoma basocelular ou carcinoma de células escamosas
- **Achados objetivos:** lacrimejo, hiperemia, secagem conjuntival, queratite de exposição, queratinização, a margem palpebral afasta-se do globo ocular, portanto, os pontos lacrimais estão fora de lugar, assim, a drenagem da lágrima está comprometida. As lágrimas têm tendência a acumular-se no fundo do saco, na parte inferior e rolar sobre a margem palpebral para baixo da bochecha => epífora.
- **Gestão e Tratamento:**
 - Leve a moderado:
 - Use lubrificantes para proteção corneal
 - Lágrimas artificiais durante o dia, conforme necessário (PRN)
 - Lágrimas artificiais, pomada ou gel antes de dormir (QHS)
 - Severo:
 - Lente de contato terapêutica
 - Oclusão da pálpebra no canto medial para colocar a pálpebra inferior em justaposição com o globo ocular
 - Intervenção cirúrgica se os métodos conservadores falharem
 - Encurtamento horizontal da pálpebra

2. ENTRÓPIO

Definição: uma rotação interior anormal da margem da pálpebra em direção à superfície bulbar do globo. Pode afetar as pálpebras superior e inferior. A pele da pálpebra e os cílios externos entram em contato direto com a córnea e a conjuntiva bulbar.

Sintomas associados: lacrimejo, irritação, vermelhidão, sensação de corpo estranho, dor, blefarospasmo reativo

Achados objetivos: pálpebra voltada para dentro, cílios provocam abrasão da córnea e da conjuntiva, coloração da córnea, rastreamento de corpo estranho (CE), hiperemia conjuntival em áreas de contato, triquíase

Etiologia:

- Congênita: rara
 - Devido ao desenvolvimento inadequado do retrator a aponeurose insere-se no bordo inferior da placa tarsal.
 - Confundido com epibléfaro, onde não há rotação interior da margem palpebral, mas que se recobre de pele acima margem da pálpebra.
- Involuntário/senil:
 - A causa mais comum em pacientes idosos, geralmente afeta a pálpebra inferior
 - Devido ao envelhecimento e à redução do tônus do músculo orbicular, dá-se degeneração de anexos faciais
- Espástico:
 - Ocorre devido a uma inflamação ou trauma
- Cicatricial:
 - Resultados de redução ou perda da conjuntiva e lamela posterior da pálpebra
 - Decorrente de lesão química



- Tracoma:
 - Pode causar entrópico tipicamente envolvendo a pálpebra superior

Diagnóstico:

- Paciente queixa-se de sensação de corpo estranho, hiper-lacrimejamento ou espasmos palpebrais, olho vermelho persistente
- Observação direta do bordo invertido da pálpebra com / sem triquíase.
- Observação após o fecho apertado da pálpebra, onde a pressão da pálpebra superior é exercida sobre a pálpebra inferior.
- Rastreamento de corpo estranho na córnea.

Gestão e Tratamento:

- Lente de contato de bandagem: fornece uma barreira, protegendo a córnea e o limbo
- Depilação: remoção dos cílios manualmente no biomicroscópio com uma pinça
- Eletrólise:
 - O estilete é introduzido no eixo do folículo
 - Durante aproximadamente 10 segundo é aplicada uma corrente
 - O folículo fica danificado
- Crioterapia: o cílio e o folículo são destruídos devido ao congelamento e descongelamento de células. Uma crio-sonda de óxido nítrico é colocada sobre a margem palpebral durante o tratamento. A despigmentação da pele, chanframento da pálpebra e a destruição da glândula de Meibomius são possíveis efeitos colaterais
- Cirurgia palpebral

3. TRIQUÍASE



Figure 7.5: Triquíase

Definição: cílios normalmente adquiridos na zona interior e mal orientados da pálpebra superior ou inferior, que resulta na sua fricção contra a superfície bulbar do globo ocular. Pode ser secundária a entrópico

Causa: entrópico, distúrbios da conjuntiva que causam o encurtamento da camada posterior da pálpebra, cicatrizes das pálpebras devido a inflamações ou lesões das mesmas

Sintomas associados: lacrimejo, irritação, vermelhidão, sensação de corpo estranho, pode causar a diminuição da acuidade visual (AV), devido ao edema da córnea



Achados objetivos: cílios provocam a abrasão da córnea e da conjuntiva, a coloração da córnea, rastreamento de corpo estranho, possível ulceração da córnea e em casos graves e duradouros pode causar a formação de Pannus.

Diagnóstico: Triquíase secundária (devido a entrópio) pode ser diferenciada da verdadeira triquíase pela orientação normal dos cílios quando o olho está rodado para longe da posição do entrópio.

Gestão e Tratamento:

- Depilação: remoção dos cílios manualmente através do biomicroscópio com uma pinça, pode ser necessário realizar com intervalo de algumas semanas
- Lentes de contato terapêuticas: fornecem uma barreira, protegendo a córnea e o limbo
- Eletrólis:
 - O estilete é introduzido no eixo do folículo
 - Durante aproximadamente 10 segundo é aplicada uma corrente
 - O folículo fica danificado
- Crioterapia: o cílio e o folículo são destruídos devido ao congelamento e descongelamento de células. Uma crio-sonda de óxido nítrico é colocada sobre a margem palpebral durante o tratamento. A despigmentação da pele, chanframento da pálpebra e a destruição da glândula de Meibomius são possíveis efeitos colaterais

4. BLEFAROCALÁSIA

Definição: episódios idiopáticos de inchaço da pálpebra, recorrente durante vários anos

Causa: idiopática/desconhecida; vê-se na população jovem

Achados objetivos: inchaço posterior da pálpebra, enrugamento redundante e prematuro da pele da pálpebra e anexos

Gestão e Tratamento: após o processo de doença acalma, considere blefaroplastia

5. DERMATOCALÁSIA

Definição: é uma condição relativamente comum que ocorre devido ao afrouxamento crônico ou redundante da pele da pálpebra superior, tipicamente nos idosos. Pode dever-se à protrusão de gordura orbital através do septo orbital enfraquecido. Normalmente apresenta-se como uma condição bilateral e geralmente simétrica. Apresenta-se como uma pseudo ptose.

Sintomas associados (pode variar - dependente da extensão da Dermatocalase) inclui:

- Nenhum para alguma perda de acuidade visual
- Dor na zona da sobrancelha (dores de cabeça frontais, a utilização do músculo frontal para ajudar na elevação pálpebra superior)
- Condições do campo visual (superior e temporal)
- Pode causar triquíase na pálpebra superior

Achados objetivos:

- Sobrancelhas elevadas para auxiliar no levantamento das pálpebras superiores
- Pseudo ptose
- Pele redundante nas pálpebras superiores
- Bilateral, mas pode ser assimétrica na sua apresentação
- Podem causar diminuição do campo visual
- Podem causar diminuição da acuidade visual

Gestão e Tratamento:

- Blefaroplastia

6. PTOSE



Figure 7.6: ptose do olho direito



Figure 7.7: ptose traumática



Figure 7.8: ptose traumática

Definição: danos no músculo elevador, falha no desenvolvimento do músculo elevador da pálpebra (congénito), distrofia do reto superior, nervo oculomotor (3º nervo craniano) dano (adquirido)

Sintomas associados – variável. Preocupação estética, a acuidade visual e a restrição do campo visual (superiormente)

Achados objetivos: pálpebra superior descaída, redução da distância de reflexo marginal



Tratamento:

- Cirurgia à pálpebra superior para restabelecer a sua posição correta.
- Prevenir a ambliopia se for o caso.

Classificação:

- **Neurogênica:** causada por defeitos nas enervações do nervo oculomotor (III NC) ou na cadeia simpática do tronco cerebral. As possíveis causas de paralisia do 3º nervo incluem diabetes, trauma, tumor, doença vascular ou infecção. A etiologia do simpático pode ser a síndrome de Horner. É considerada uma urgência neuro-oftálmica.
- **Miogénica:** causada por miopatia do músculo elevador, ou por diminuição da transmissão de impulsos na junção neuromuscular (JNM). Ocorre em miastenia grave, distrofia miotônica e oftalmoplegia externa progressiva.
- **Aponeurótica:** causada pelo aumento do comprimento, separação e afinamento da aponeurose do músculo elevador
- **Mecânica:** causada pelo efeito gravitacional de uma massa ou cicatrizes (como neurofibroma, cirurgia, trauma, pálpebras brandas)

Ptose Congénita:

- Pobre função elevatória
- Distrofia do músculo elevador
- Pode ser unilateral ou bilateral

Achados:

- Ptose primária do olhar
- Comprometimento do movimento das pálpebras no olhar para baixo e olhar para cima
- Ausência de prega tarsal (parcial ou nenhum)

Causas associadas:

- Síndrome Marcus Gunn está presente em 5% dos casos de ptose congénita
 - Uma conexão aberrante parece existir entre os ramos motores do nervo trigêmeo (V NC) que inervam o músculo pterigoide e as fibras da divisão superior do nervo oculomotor (III NC) que inerva o músculo elevador da pálpebra superior. Durante o ato de mastigar ou em certas expressões faciais, a pálpebra com ptose do olho eleva-se.
- Blefarofimose em 5% dos casos (encurtamento congénito da abertura vertical e horizontal)
- Fraqueza do músculo reto superior em 25% dos casos

Ptoses adquiridas:

Achados:

- Boa função do músculo elevador
- Sobrancelha dor devido ao uso de músculo frontal para levantar as pálpebras
- Presença de prega tarsal
- História: paciente pode relatar incidente que pode estar associada com ptose.

Causas associadas:

- Trauma
- Danos cirúrgicos, por exemplo, durante a cirurgia oftálmica, onde é utilizado um espéculo palpebral
- Mecânico, por exemplo, crescimento canceroso, lesões envolvendo as pálpebras
- Paralisia oculomotora
- Neurogênica, por exemplo, a síndrome de Horner (ptose parcial devido ao músculo de Müller, anidrose ipsilateral e pupila miótica)
- Miogénica
- Aponeurótica

DIAGNÓSTICO / AVALIAÇÃO DE PTOSES:

Distância de reflexo marginal

- É a distância entre a margem da pálpebra superior e a reflexão corneal de uma lanterna de caneta realizada pelo examinador, enquanto o paciente está em posição primária do olhar
- Normal é 4 - 4,5 milímetros
- Compare olho afetado com o olho não afetado

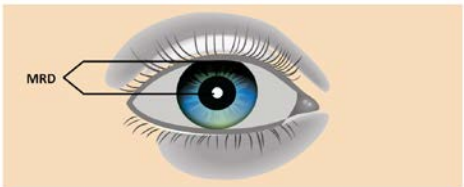



<p>NORMAL – margem palpebral de 2 milímetros para baixo e 2 mm para cima desde a margem da pupila</p>	<p>SUAVE: abatimento de 2mm</p>
	 <p>Pálpebra cobre uma muito ligeira área da pupila a partir do topo, a pálpebra superior assenta no bordo pupilar</p>
<p>MODERADO: abatimento de 3mm</p>	<p>SEVERO: abatimento de ≥ 4mm</p>
 <p>Pálpebra cobre uma pequena porção das zonas superiores da pupila, 1-2 mm a partir do bordo pupilar</p>	 <p>\geq metade da pupila é coberta pela pálpebra, a pálpebra superior ultrapassa o eixo visual.</p>

Figure 7.9: escala de ptoses usando o reflexo marginal

Altura da fissura palpebral

- É a distância entre as margens da pálpebra superior e inferior, medida no plano pupilar.
- A margem da pálpebra superior normalmente assenta cerca de 2 mm abaixo do limbo superior e a pálpebra inferior assenta um milímetro acima do limbo inferior.

Função do músculo elevador

Imobilizar músculo frontal, colocando o polegar firmemente contra a testa do paciente com os olhos a olhar para baixo



O paciente, então, olha para baixo, tanto quanto possível e a quantidade de excursão é medida com uma régua



O paciente, então, olha para cima, tanto quanto possível e a quantidade de excursão é medida com uma régua



- Tratamento para ptose congénita depende do grau de função elevadora do músculo elevador.

Classificação	Excursão do músculo elevador da pálpebra
Normal	15mm ou mais
Boa	Superior ou igual a 8 mm
Justo	5-7mm
Pobre	Menos ou igual a 4mm

Tabela adaptada de Bermant D.

Fonte: http://www.plasticsurgery4u.com/procedure_folder/eyelid_recon_folder/eyelid_function.html

Prega da pálpebra superior

- Esta é a distância vertical entre a margem da pálpebra e da prega palpebral quando se olha para baixo.

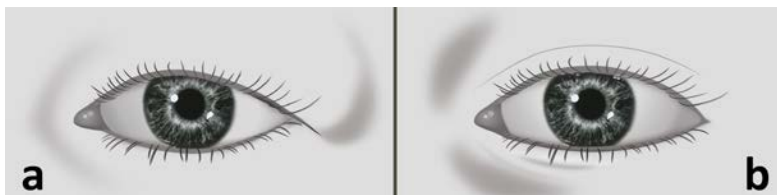


Figure 7.10: Ausência de Prega (a) num paciente com ptose congénita. Esta é uma evidência indireta da função pobre do músculo elevador, enquanto (b) uma elevada prega sugere um defeito aponeurótico

Ptoses congénitas podem ser diferenciadas de ptoses adquiridas

- Ao olhar para a posição da pálpebra quando o paciente está a olhar para baixo
- Ptose congénita – falta de elasticidade da pálpebra resulta num atraso da resposta palpebral

- Ptose adquirida miogénica - pálpebra afetada assume uma posição inferior em olhar para baixo
- Avaliar a função do músculo orbicular, avaliando o cerrar forçado das pálpebras
- Apalpe as pálpebras e a órbita para verificar a presença de uma massa

Excluir:

- Miastenia grave - realizar o teste de Tensilon (10 mg de cloreto de edrofônio). Diagnóstico positivo para miastenia grave pode ser feito, se houver uma elevação imediata da pálpebra ptótica
- Síndrome de Horner

GESTÃO:**Ptoses congénitas**

- Monitorar se for leve
- A correção cirúrgica para a ptose congénita é indicada quando a ptose interfere com a visão ao ponto de possivelmente induzir uma ambliopia, provocar postura anormal da cabeça, fizer com que testa esteja sempre franzida ou quando o paciente fizer um pedido para correção estética.

Ptoses adquiridas

- Dependendo da causa
- Correção cirúrgica para ptose residual

7. LAGOFTALMOS

Definição: Incapacidade para cerrar completamente as pálpebras

Complicações: Cicatrizes na córnea e secura devido à exposição constante da córnea e / ou conjuntiva inferior

Tratamento: Cirurgia: O objetivo é reduzir a altura da fenda palpebral via tarsorrafia ou a implantação de pesos de ouro na pálpebra superior.



Figure 11: Lagofthalmos no olho direito

Etiologia:

- Fisiológica ou noturna
 - Ocorre durante o sono
 - Adultos tendem a ser mais sintomáticos que as crianças, devido às alterações na película lacrimal que ocorrem com o envelhecimento.
- Orbital
 - Associado com ptoses severas
- Mecânico
 - Cicatrização dos músculos palpebrais ou impedimento de fecho completo das pálpebras
- Paralítico
 - Associado com a paralisia do nervo facial (VII NC) (paralisia de Bell)

Diagnostico:

- Irritações oculares, especialmente no despertar
- Queratopatia pontuada da córnea inferior, muitas vezes em forma de faixa horizontal
- Se for grave:
 - Irritação crônica da córnea pode levar a úlcera e eventual fusão da córnea.
- Hiperemia conjuntival
- Porção afetada da córnea pode ter sensibilidade reduzida (hipoestesia)
- Exame físico
 - Instruir paciente para fechar os olhos delicadamente
 - Paciente pode ter que estar em decúbito dorsal
 - Use lanterna para demonstrar o cerrar incompleto
- Consultar cônjuge, pai ou membro da família se o paciente dorme com os olhos abertos

Gestão e Tratamento:

- Exposição corneal leve:
 - Lágrimas artificiais, gel ou pomada antes de dormir (QHS)
 - Lágrimas artificiais a cada 2 a 4 horas (q 2-4 horas) durante todo o dia
 - Ocluir as pálpebras QHS (primeiro aplique fita adesiva na bochecha, puxe pálpebra inferior para cima e cole a extremidade livre da fita na testa)
- Casos severos:
 - Pomada antibiótica se indicado
 - Uso prolongado (UP) de lente de contato terapêutica (LC) com o tratamento antibiótico ou lubrificante
- Procedimento cirúrgico se o problema for duradouro ou se os métodos conservadores falharem

LESÕES BENIGNAS DAS PÁLPEBRAS

1. NEVUS

- É uma acumulação de melanócitos da pele.



Figure 7.12: Nevus

Características:

- Geralmente plano e pigmentação uniforme
- Preta / acastanhada ou não pigmentada
- Congênita e raramente maligno
- 8-10 mm de tamanho
- Pode mudar da pigmentação devido a alterações hormonais



2. PAPILOMA

- É um crescimento benigno do epitélio escamoso encontrado nas pálpebras / anexos

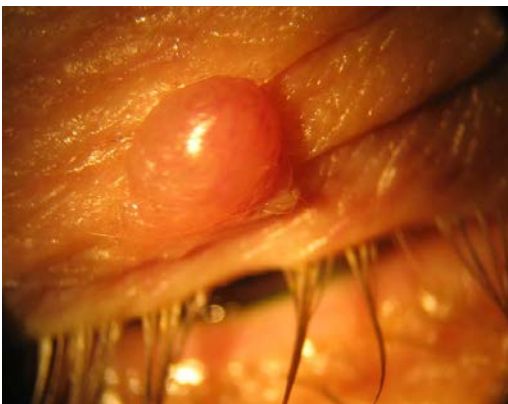
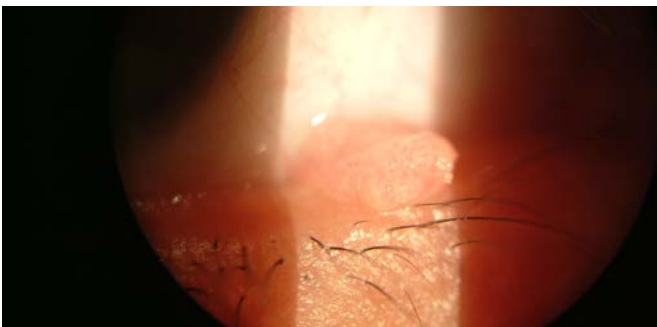


Figure 7.13 (a, b and c): Papiloma

Características:

- Proliferação de células epiteliais ascendente
- Textura semelhante à de framboesa (bem definido e texturizado)
- Única ou múltipla
- Avascular (não possui um suprimento de sangue dedicado)
- Pigmentado vs não pigmentado
- Benigna, não infecciosa
- Forma definitiva
- Não sangra, sem formação de crosta
- Variam em tamanho e podem aumentar de tamanho lentamente ou permanecer inalteradas durante muitos anos



- Papiloma Sessile - base ampla; papiloma pediculado - base estreita

GESTÃO E TRATAMENTO:

- Remoção cirúrgica
- Ácido dicloroacético (DCA): ácido + óleo. O óleo é colocado à volta do papiloma para evitar que o ácido se espalhe e danifique a pele, em seguida, uma pequena gota de ácido é vertida no papiloma. O procedimento é repetido quantas vezes forem necessárias até secar a lesão.
- Cauterização
- Monitorar

3. XANTELASMA

Características:

- Normalmente bilateral
- A prevalência é maior no sexo feminino e em indivíduos idosos e de meia-idade
- Vários depósitos/ placas amarelas macias sob a pele na face interna das pálpebras inferiores e superiores, geralmente medial

Causa subjacente:

- Pode estar associado com colesterol elevado. De maior preocupação se afetar a população de idade mais jovem
- A avaliação médica é indicada
- Talvez associada com diabetes, mixedema e hipercolesterolemias primárias

Gestão e Tratamento:

- Excisão simples para melhorar aspeto cosmético mas as recorrências podem ocorrer se o colesterol for elevado
- Excluir as síndromes de arteriosclerose hiperlipidémicas, problemas cardiovasculares
- Tratamento com ácido dicloroacético (DCA) - abordagem cautelosa devido à sua localização e às estruturas oculares

4. QUISTO SUDORÍFERO

Características:

- Envolvem as glândulas sudoríparas obstruídas (glândulas de Moll)
- Translúcidos: parece ter um líquido claro no interior (blister)
- Superfície lisa e tensa
- Encontrados ao longo da margem palpebral
- Indolores, com ligeira irritação

Gestão e Tratamento:

- Excisão / punção capilar de drenagem com agulha hipodérmica

5. QUISTO SEBÁCEO

Características:

- Quisto de glândula sebácea é causado pela obstrução do canal lacrimal
- Encontrados ao longo da margem palpebral

Aparência:

- 2-10mm de tamanho
- Superfície lisa e firme, fácil de cortar
- Contém um ponto central e com secreção caseosa retida (tipo queijo), dando uma cor amarelo-branco à lesão



- Acumulação de sebo / gordo / amarelo dentro do quisto

Gestão e Tratamento:

- Excisão / punção capilar de drenagem

TUMORES MALIGNOS DAS PÁLPEBRAS:

Características comuns de tumores malignos das pálpebras:

- Predominantemente deriva do tecido epitelial
- Localização mais comum é a pálpebra inferior
- Mais comum na região do canto lateral em comparação com o canto medial
- Mostra uma história de crescimento
- Mudanças na cor e tamanho são sugestivas de malignidade
- Associado à não-cicatrização de feridas com o aparecimento de uma ulceração central
- Fotografia e / ou desenhos são úteis para documentar as alterações
- Bordos / formas irregulares
- A biópsia pode ser necessária para descartar a malignidade

1. CARCINOMA DAS CELULAS BASAIS (ULCERA ROEDORA)



Figure 7.14: Carcinoma das células basais (CCB)

Características:

- Tumor palpebral maligno mais comum
 - 90% dos tumores malignos da pálpebra do olho
 - 20-40x mais comum do que o de células escamosas
- Normalmente, da meia-idade até pacientes idosos
- Raramente metastizam por causa da tendência das células basais malignas aderirem ao estroma circundante ou não deixar o local primário. No entanto, pode causar destruição local.
- Crescimento geralmente lento
- Pálpebra inferior mais frequentemente envolvida, seguida pela área do canto medial
- Começa de forma insidiosa e localmente invasivo



- Originário na camada basal da epiderme e à medida que as lesões crescem, progridem mais lateralmente vs posteriormente
- Têm origem na camada basal da epiderme
- A sua aparência geral é uma lesão elevada com uma ulceração central e bordos perolados, vasos telangiectásicos
- Dependendo da localização da lesão pode comprometer a arquitetura da margem palpebral

- **Pode apresentar-se de várias formas:**
 - Nodular: Firme, bordos perolados
 - a. Tipo mais comum
 - b. Aparecimento clássico das lesões
 - i. bordos elevados
 - ii. ~10mm de tamanho
 - iii. Bordos perolados/translúcidos
 - iv. Vasos finos e telangiectásicos
 - Ulcerada: cratera ou ulceração no centro
 - a. A superfície perde as suas linhas finas da pele
 - b. Umbilicado e erodido
 - c. Centro ulcerativo
 - Padrão morfeiforme (ou esclerosante) com extensão profunda
 - a. Forma menos comum
 - b. Amarelo pálido
 - c. Textura mais lisa e firme
 - d. Bordos mal definidos e muitas vezes difíceis de distinguir
 - CCB com propagação intra-epitelial e tendência multifocal: raro
 - a. Encontraram-se mais sobre a área do tronco
 - b. Tumor multi-lóbulos

Fatores de risco:

- Caucasianos (especialmente pacientes de olhos azuis), história familiar, idosos
- Os fatores predisponentes incluem exposição crónica à luz solar sem proteção

Gestão/Tratamento:

- Todos os CCB's devem ser encaminhados para biópsia e excisão
- A cirurgia de Mohs tem uma elevada taxa de cura e o melhor resultado cosmético
 - Requer patologista para analisar o tecido que é excisado para assegurar que todo o tumor é removido.
- Alternativa é a excisão cirúrgica
 - A taxa de recorrência é alta. Deverá estar atento a essas lesões.
 - O objetivo do tratamento é remover a lesão, preservando a função do tecido.
 - Cirurgia plástica ocular permite melhores resultados.

2. CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS



Figure 7.15: Carcinoma de células escamosas (SCC)

Características:

- Menos de 5% a 9% de prevalência
- Segunda malignidade mais comum pálpebra
- Encontrado mais frequentemente na pálpebra inferior
- Lesão de crescimento lento
- Tem maior associação com a metástase do que CCB
- Pode envolver gânglios linfáticos regionais (pré-auricular, submandibular e sublingual)
 - Apalpar os gânglios linfáticos pré-auriculares, submandibular e submentais para a adenopatia tumoral
- Pode-se apresentar como uma lesão ulcerativa sem cura
- Pode estar associado a invasão perineural. O paciente pode apresentar dor, dormência, e em alguns casos, a diminuição da função muscular. Dependendo da localização sobre a face, NC trigêmeo (V NC) e facial (VII NC) podem estar envolvidos.

Fatores de risco:

- Caucasianos, idosos de pele clara, áreas expostas ao sol.
- Pacientes de HIV ou pacientes imunodeprimidos, os pacientes com infecção pelo HPV também estão em risco. Se o carcinoma de células escamosas for encontrado bilateralmente pode ser devido à imunossupressão.
- Crescimento lento, de baixo potencial de malignidade (mas maior do que CCB)

Tratamento:

- Biópsia e excisão larga
- A cirurgia (excisão de base ampla ou técnica micrográfica de Mohs)
- Irradiação
- Cirurgia plástica ocular após excisão

3. CARCINOMA DAS CÉLULAS SEBÁCEAS

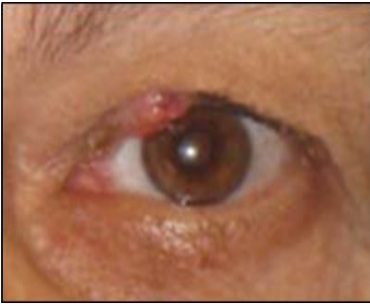


Figure 7.16: Carcinoma das células sebáceas

Características:

- Muito raro
- Maior associação com a malignidade (vs CCB e SCC), mas de crescimento lento
- Visto mais em pacientes idosos, Sexo feminino > do que sexo masculino, e mais comum na população asiática
- Surge a partir das glândulas de Meibomius, glândulas de Zeiss ou Moll. A maioria localiza-se geralmente nas glândulas de Meibomius
- Podem ter características semelhantes a um calázio. A suspeita deve ser elevada em casos de calázios recorrentes. Pode ter a aparência de uma blefarite unilateral. O sinal chave é que a blefarite é um processo de doença bilateral.
- Aparece como discreto, focal, massa indolor, nódulo duro. Não ulcerativo. Muitas vezes contém material lipídico que lhe confere uma aparência amarelada
- É recorrente e pode ser multifocal na ocorrência
- Propagação regional para os gânglios linfáticos pré-auriculares e submandibulares não é invulgar
- Verdadeiro diagnóstico depende dos resultados da biópsia

Tratamento:

- Biópsia e excisão larga que pode envolver a remoção de toda a pálpebra.
- A mortalidade devido a carcinoma da glândula sebácea é semelhante ao de um melanoma maligno

4. MELANOMA MALIGNO



Figure 7.17: Melanoma maligno

Características:

- Afeta quase exclusivamente as raças levemente pigmentadas
- A luz ultravioleta é o principal fator de risco
- Cancro de pele mais comum em caucasianos dos 25 aos 29 anos
- A incidência está a aumentar em todo o mundo, dobrando a cada década
- A genética pode aumentar o risco



- Grande preocupação é a associação com metástases
- A apresentação comum é uma mancha mais pigmentada ou tumor
- Os sintomas podem incluir uma hemorragia, lesão ulcerativa da pele
- Outros sinais clínicos podem incluir uma lesão nodular superficial pigmentada que pode ser sésil ou pediculada
- O envolvimento da margem palpebral é ameaçador
- A característica clínica chave que é sugestiva de doença metastática é uma lesão com uma profundidade maior do que 1 mm.

Tratamento:

- Excisão cirúrgica, técnica cirúrgica micrográfica de Mohs
- A preocupação é com a doença metastática que pode exigir uma gestão sistêmica (quimioterapia, radioterapia)
- No futuro talvez necessite de vacinas para melanomas

5. SARCOMA DE KAPOSÍ

Características:

- Pode estar associada com o HIV / SIDA em condições de imunossupressão
- Afeta determinada população do Mediterrâneo e é observado com maior frequência nos homens
- Suspeita-se que pode haver algum envolvimento viral
- Levantada, discreta, lesão sólida vascular, não-macia, de aparência roxa ou azulada quando em tamanho maior
- Pode envolver a conjuntiva
- Pode, por vezes, ocorrer de forma isolada ou em conjunto com outras manifestações sistêmicas avançadas da doença
- Padrão múltiplo ou singular de apresentação

Gestão:

- O objetivo da terapia em pacientes com sarcoma de Kaposi é aliviar os sintomas oculares. A terapia não é curativa.
- Se o paciente não tem sintomas oftálmicos, o tumor é geralmente observado.
- Pacientes com sarcoma de Kaposi relacionado com a SIDA, considere a reconstituição imune com medicação antiviral tripla.
- Sarcoma de Kaposi tende a responder à quimioterapia.

INFLAMAÇÃO/INFEÇÃO DA PELE/PÁLPEBRAS:

A: BLEFARITE

Blefarite que é uma inflamação das pálpebras e pode ser do tipo alérgica, infecciosa ou seborreica. Provavelmente está relacionada com a prevalência de agentes patogénicos no ambiente e na pele.

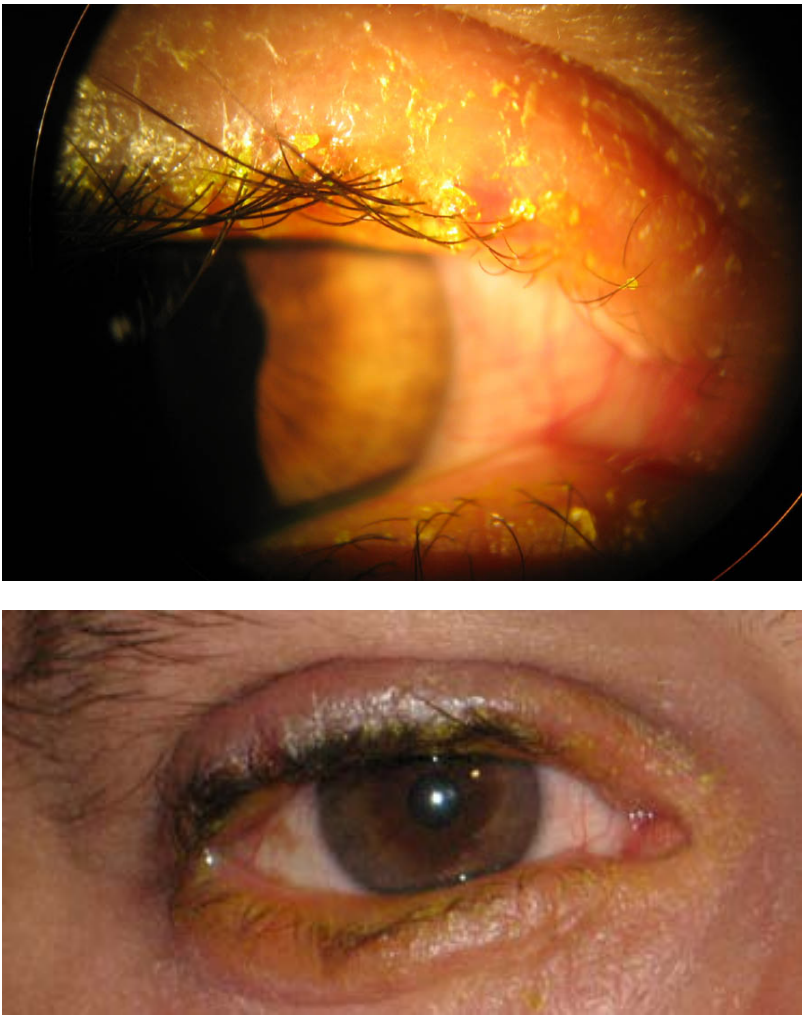


Figure 7.18 (a e b): Blefarite

1. BLEFARITE ALÉRGICA

- A blefarite alérgica é mais comum em pacientes atópicos.
- Isso faz com que haja um inchaço agudo da pálpebra além de conjuntivite alérgica.
- A blefarite alérgica pode ser de:
 - Tipo I reação de hipersensibilidade que é anafilático e imediato
 - Blefarconjuntivite resulta da exposição a:
 - Pólenes, fungos, pelos de animais
 - Mordidas/ picada de insetos
 - Tipo IV reação de hipersensibilidade que é uma reação retardada da célula mediada, que requer exposição prévia
 - Blefarite de contato resulta de:
 - Hera Venenosa
 - Maquiagem
 - Cosméticos - cremes para os olhos
 - Medicação tópica
 - Níquel
 - Conservantes



2. BLEFARITE INFECIOSA

1.1. Blefarite de estafilococos

Unilateral torna-se bilateral

- Sintomas e sinais pioram ao 2º-3º dia
- O paciente pode-se queixar de vermelhidão ao longo das margens da pálpebra
- "Depósitos duros" nas pálpebras e cílios
- Dificuldade em abrir as pálpebras, especialmente de manhã

Achados clínicos:

- Margens da pálpebra inflamadas
- Vasos dilatados na margem palpebral - chamadas "rosetas"
- Flocos na base da margem da pálpebra
- As exotoxinas de infecção por estafilococos podem causar uma reação na superfície da córnea inferior ou superior. Resultando numa leve queratite ponteadada superficial (SPK)

Gestão/Tratamento:

- Compressas quentes com toalha limpa na superfície da pálpebra ~ 5-10 minutos ~ 2-3 vezes por dia
- O objetivo é amenizar os flocos, eliminar os depósitos
- Esfoliação da pálpebra
- Champô Johnson & Johnson Baby diluído com água quente, por exemplo, 1-2 gotas de champô com 6-8 gotas de água quente
- Suavemente com toalha ou cotonete e shampoo, esfregar ao longo da margem palpebral
- As alternativas são os esfoliantes de pálpebra comerciais disponíveis
- Pode realizar este procedimento após as compressas quentes
- Descartar a maquiagem
- Considere uma pomada antibiótica tópica de amplo espectro durante 1 semana
- A dosagem irá estar dependente do tipo de antibiótico prescrito (2-3 vezes ao dia)

3. BLEFARITE DE ESTAFILOCOCOS CRÓNICA

- Normalmente é bilateral
- Presença de blefarite durante muitas semanas e meses
- Os sintomas variam (leve a grave) e podem incluir problemas de olho seco secundárias e história de "caroços e inchaços"

Achados clínicos:

- Tilose - espessamento das margens da pálpebra
- Madarose - perda parcial de cílios
- Poliose - branqueamento dos cílios
- Flocos na base dos cílios
- Margens da pálpebra endurecidas (falta de suavidade)
- Hordéolos internos ou externos recorrentes, calázio
- Olho seco secundário, secreções lipídicas do filme lacrimal podem ser prejudicadas devido à infecção da pálpebra
- Pode causar queratite ponteadada superficial (SPK) na córnea ou presença de infiltrado estéril

Gestão/Tratamento:

- Compressas quentes com toalha limpa na superfície da pálpebra ~ 5-10 minutos ~ 2-3 vezes por dia
- O objetivo é amenizar os flocos, eliminar os depósitos
- Esfoliação da pálpebra
- Champô Johnson & Johnson Baby diluído com água quente, por exemplo, 1-2 gotas de champô com 6-8 gotas



de água quente

- Suavemente com toalha ou cotonete e shampoo, esfregar ao longo da margem palpebral

- As alternativas são os esfoliantes de pálpebra comerciais disponíveis
- Pode realizar este procedimento após as compressas quentes
- Descartar a maquiagem
- Considere uma pomada antibiótica tópica de amplo espectro durante 1 semana
- A dosagem irá estar dependente do tipo de antibiótico prescrito (2-3 vezes ao dia)
- Em adição ao tratamento inicial acima, alguns profissionais podem modificar o tratamento com antibióticos e esteroides, usando uma pomada antibiótica no máximo durante 1 semana. Isto serve para ajudar com a inflamação palpebral. Em 2-4 semanas fazer a higiene palpebral com menor frequência, mas só passadas as 4 semanas com uma frequência regular programada
- A higiene da pálpebra precisa de ser mantida com uma frequência periódica
- Se as questões da pálpebra não se resolverem, considere antibióticos orais durante um curto período de tempo, por exemplo. 50 mg 2x / 3x ao dia durante várias semanas

4. BLEFARITE SEBORREICA



Figure 7.19: Blefarite seborreica

- Também conhecido como blefarite escamosa
- É parte de uma condição dermatológica que pode envolver o couro cabeludo, face e sobrancelhas

Características clínicas:

- Transtorno das glândulas de Zeiss, mas associado com blefarite estafilocócica
- 2 formas principais:
 - Tipo oleosa: erupções escamosas são gordurosas
 - Tipo seco: caspa
- Apresenta-se com escalas gordurosas que se encontram no talo dos cílios, em vez de na base.
- Ocorre sem inflamação
- Caspa nas sobrancelhas
- As escalas são suaves e estão localizadas em qualquer lugar na margem da pálpebra e cílios.

Tratamento:

- Compressas quentes
- Esfregar as pálpebras com champô de bebê
- Champô anticaspa para o couro cabeludo

5. BLEFARITE ANGULAR

Características clínicas:

- Comum em pacientes idosos ou alcoólicos de qualquer idade
- Mais prevalente em climas mais quentes e secos (*Staph. aureus*)

Apresentação ocular:

- Maceração / infecção do canto exterior / interior do olho → lado geralmente temporais, área lateral
- Normalmente recorrente, talvez resultante em pele vermelha / rachada ou escoriação (perda de pele superficial)
- Talvez associada com dermatite eczema

Sintomas:

- Irritação e vermelhidão do canto
- Coceira possivelmente devido a toxinas bacterianas que são libertadas e causam reação alérgica secundária

Causas/Organismos responsáveis:

- *Moraxella* - geralmente pacientes mais jovens e associado com alcoólatras (mais propensos a *Moraxella* secundária à má alimentação)
- *Staph. aureus*, mais comum geralmente em pacientes idosos

Gestão/Tratamento:

- Uso de colírios antibióticos se a causa for infecção por estafilococos
- Sulfato de zinco se a causa for *Moraxella*
- Tratar por 7-10 dias
- Descontinuar todos os produtos cosméticos

6. DISFUNÇÃO DA GLÂNDULA DE MEIBOMIUS

Sintomas:

- Sintomas de olho seco
- Irritação não específica na margem palpebral
- Sensação de ardor porque a película lacrimal é inadequada para a lubrificação corneal

Apresentação Clínica:

- Hipersecreção das glândulas de Meibomius
- Inflamação das margens da pálpebra e irritação ocular
- Excesso de secreção lipídica
- Afeta a produção de lágrima
- Os orifícios de Meibomius estão bloqueados ou cobertos (não é grande problema se ocorrer apenas num ou dois, mas se ocorrer em toda a extensão da margem palpebral pode causar grandes problemas)
 - Os sintomas dependem do grau de limitação

Apresentação ocular:

- Os orifícios de Meibomius estão limitadas ou bloqueados e produzem excesso de sebo
 - Apresentação normal: a camada lipídica da glândula cria uma superfície lisa para a refração da luz, evita a evaporação da camada aquosa por baixo e obriga à redistribuição da película lacrimal após o pestanejo
 - Secreção excessiva de material lipídico
- A margem da pálpebra pode estar inflamada
- A superfície ocular pode estar irritada (mais uma vez, a córnea não é bem lubrificada)
 - película lacrimal afetada (descobertas de olho seco)
- A inversão de pálpebra inferior pode permitir a observação dos canais e verificar se eles estão entupidos num caso muito grave

Gestão/Tratamento:

- Espremer cada lado da pálpebra com cotonetes para expelir o material lipídico
 - o paciente vai ficar desconfortável, mas quando terminar, ele / ela sentir-se-á melhor imediatamente
- Temporário – usar também compressas quentes
- Se houver excesso de secreção de sebo, como é que vamos chegar às glândulas que estão localizados na pálpebra / placa tarsal posterior?
 - O tratamento oral irá funcionar melhor → Dose baixa (50 mg) doxíciclina para alterar as secreções das glândulas sebáceas → Começar pesado e em seguida, manter a doses muito baixas durante vários meses
 - Não dê doxíciclina às crianças porque afeta o crescimento ósseo

7. HORDÉOLO EXTERNO (TERÇOLHO)



Figure 7.20: Hordéolo externo (terçolho)

Gestão/Tratamento:

- Início súbito, e cada vez maior / agravamento ao longo de 24-48 horas
- Dor incomodativa / irritação e sensibilidade ao toque
- Elevação focal / galo vermelho
 - pode ter ponto de pus - acumulação de glóbulos brancos que combatem a infecção – aponta para o exterior porque o hordéolo é externo
- Quente ao toque devido à dilatação dos vasos
- Talvez também tenha blefarite subjacente

Gestão/Tratamento:

- Compressas quentes (3-4x diárias) durante 10 minutos → Vai piorar as coisas, acelerar o processo de modo a que o hordéolo rebente
- Esfoliação da pálpebra
- Antibióticos tópicos - não é necessário no hordéolo externo, mas talvez algumas pessoas sentem essa necessidade - deve rebentar fora do olho, uma vez que é externo
 - Solução ou gotas para o máximo de uma semana → Profiláticos para evitar a infecções que afetem o olho
- Substitua a maquilhagem



8. HORDÉOLO INTERNO



Figure 7.21: Hordéolo Interno

Características/Sintomas/Achados Clínicos

- Infecção estafilocócica aguda das glândulas de Meibomius
- Início súbito, piorando ao longo dos dias
- Dor incomodativa, sensível ao toque
- Área de elevação/ Focal / inchaço junto à pálpebra, vermelhidão
 - Elevado do interior para o exterior
 - Mais do que inchado que o hordéolo externo porque as glândulas do tarso são maiores

Complicações

- Pode provocar celulite pré-septal (nem sempre)
- A infecção continuar a espalhar-se para além da sua área focal, envolvendo os órgãos anexos superiores e inferiores
- Ainda antes de septo orbital, é necessário ser mais agressivo com o tratamento

Tratamento:

- Compressas quentes várias vezes por dia, durante 10 minutos de cada vez
- Antibióticos tópicos - profilática
 - Gotas (Polytrim) durante uma semana – a probabilidade de propagação interna da infecção é muito alta
 - Antibióticos orais para alcançar toda a área afetada (doxiciclina)
- Substitua produtos de maquilhagem



9. CALÁZIO



Figure 7.22 (ambas as fotos acima): Calázio

Características Clínicas:

- Lipo-inflamação granulomatosa das glândulas de Meibomius devido à acumulação / retenção de tecido granular - Pode aparecer depois de um hordéolo interno que não sarou completamente
- Início lento que pode ser aleatório; inchaço estéril, não-infecioso
- Crônico não agudo → tende a ser recorrente

Sintomas

- Elevação, lesão de sensação firme, não macia ou quente ao toque
- Talvez haja ampliação, mas geralmente restringe-se a uma área focal à volta dos anexos da pálpebra

Apresentação Ocular:

- Lesão focal interna, elevada, vermelha
- Talvez se veja uma pequena protuberância do lado de fora, mas vê-se o calázio fazendo a inversão da pálpebra inferior

Complicações

- Muitas reincidências no mesmo lugar podem indicar carcinoma sebáceo (bastante agressivo) → necessita de biopsia



Gestão/Tratamento:

- Compressas quentes (podem prevenir a progressão do hordéolo interno)
 - Precisa educar paciente que necessidade de se livrar do calázio
- - 7-10 dias → pode romper o material, fazendo com que o calázio se dissipe e o paciente vai ficar bem
- Excisão / biópsia por cirurgião plástico ocular, especialmente se o calázio for grande
- Injeção de esteroides - é um tecido granulomatoso, logo, os esteroides podem remover os detritos inflamatórios
 - Pode assustar o paciente a fazer compressas quentes com a ameaça de ter que fazer injeção de esteroides / excisão

10. DEMODICOSE

Reacção inflamatória a um ácaro comum (demodex) que habita nos folículos dos cílios na maioria dos indivíduos com mais de 50 anos de idade.

Acerca do Demodex:

- Ácaro muito comum, encontrado em 90% dos adultos saudáveis e 50% das crianças saudáveis
- Classificados de "aracnídeos"
- Ácaro de 8 pernas (duas formas nos seres humanos, Demodex folliculorum ou brevis)
- 2 Espécies
 - Demodex folliculorum:
 - presente no cabelo e folículos ciliares
 - maior
 - abdómen é mais arredondado
 - os ovos são mais "em forma de seta" (0,1 mm de diâmetro)
 - Demodex brevis:
 - presente nas glândulas sebáceas
 - mais pequeno
 - o abdómen é mais pontiagudo
 - os ovos são mais pequenos, mais ovalizados (0.06 mm de diâmetro)
- O tamanho aproximado dos demodex é de 0,1 - 0,4 mm
- O ciclo de vida do ácaro é de aproximadamente 14,5 dias
- O ácaro adulto vive 5-6 dias no folículo do pestana / cabelo
- Migram para a superfície da pele durante a noite = 1 cm / hr
- Eles são geralmente encontrados aos pares (cabeça + pescoço / corpo + cauda do folículo)
- As fêmeas colocam 20-24 ovos no cabelo

Características Clínicas / sintomas:

- Normalmente afeta os idosos nos dias mais quentes
- As pálpebras ficam doloridas devido à fricção
- Prurido, particularmente na parte da manhã
- Sensação de ardor
- Apresentação bilateral
- Crónico
- Apresenta crostas
- Ao observar a margem palpebral, observe os flocos que estão enrolados à volta da base ciliar da margem da pálpebra inferior. Típico de demodex.
- Lembre-se do estafilococo - mais na base de cílios

Confirmação:

- Retirar 4 cílios de cada pálpebra
- Suspender em óleo e olhar sob um microscópio
- Se tiver mais que 6 demodex, é considerado excessivo



Gestão e Tratamento:

- Pomada suave e espessa ou com esteroides (pomada sufoca o ácaro)
- Esfoliação palpebral (uma vez que muitos pacientes têm uma infecção bacteriana subjacente)
- Remoção manual do ácaro no biomicroscópio. Coloque os ácaros num algodão embebido em álcool para matá-los.
- Traga o problema sob controlo
- Retire o excesso
- Abafar o ácaro com pomada
- Normalmente usa-se um antibiótico / esteroide (coceira)
- Blefarite bacteriana secundária é comum
- Higiene / esfoliação da pálpebra

11. FITIRÍASE PALPEBRAL

Antecedentes:

- A pediculose é uma doença que é causada por uma infecção por parasita. A família de Pediculidae tem 2 formas:
 - *Pediculus humanus*
 - *Phthirus púbis* - chamado de piolho de caranguejo
- *Pediculus humanus* tem duas formas:
 - Piolho de cabeça
 - Piolho do corpo
- O *Phthirus púbis* é que infesta as pálpebras. A escolha do habitat é devida à densidade de cabelo.
- O piolho tem seis patas, mais longos e mais escuros na cor do que a espécie *Pediculus*, cerca de 1-1,5 mm de tamanho na forma adulta
- Encontrado em áreas de atividade próximas
- Promiscuidade

Sintomas/ Reclamações:

- As pálpebras estão doridas e inflamadas
- Coceira intensa ao longo da margem palpebral, coçar
- Sensação de ardor
- Queixas devido a crostas na área da margem palpebral
- Normalmente bilateral

Objetivo:

- Sinais secundários de blefarite bacteriana
- Depósitos pretos / vermelhos nas pestanas
- Lêndeas (ovos) enroladas à volta dos cílios
- Difícil de ver o piolho, escondem-se no folículo à luz

Gestão/Tratamento:

- Procure a eliminação total
- Melhor modo de tratamento é a pomada em vez de gotas
- Pomada sufoca o ácaro
- A higiene é realmente importante: a roupa da cama e as toalhas precisam ser lavadas e calor seco a 60° durante 20-30 minutos
- Remover as lêndeas manualmente
- Consideração familiar, contato com o parceiro
- Envolver médico geral

12. MOLUSCO CONTAGIOSO

Características Clínicas:

- Relacionado com infecção viral (vírus DNA - vírus da varíola)
- Comum em crianças e pacientes imunossupressores (população HIV / SIDA)
- Erupção papular, lisa e em forma de cúpula com recuo central
- As células infetadas estão empilhadas centralmente
- Indolor, lesão discreta tipo verruga com forma umbilical central e que cresce rapidamente
- Conteúdo caseosos centrais que parecem de cera / queijo e amarelados, muitas vezes ocorre em grupo
- Transmisso por contato e autoinoculação, visto na pele e margem palpebral
- Pode ser associado com conjuntivite folicular e queratite epitelial

Tratamento:

- Muitas vezes desaparece dentro de 6-9 meses, mas pode durar anos
- Remoção por incisão e curetagem
- Crioterapia, cauterização ou laser
- Verificar o status do HIV se forem muito grandes (maior do que 2-5mm em tamanho), múltiplas lesões

13. VERRUGA

Características Clínicas:

- Causada pelo vírus do papiloma humano (HPV)
- Lesão múltipla de contornos lobulados (como couve-flor), que aparecem simultaneamente
- Envolve a pele e as mucosas
- Crescimento Frondular
- Crescimento lento
- Verruca vulgaris (uma variação de verruga). Outras variações incluem Verruca Planar (projeções tipo dedo que são altamente queratinizadas) e Verruca digitalis (base mais ampla)
- Pode envolver as pálpebras superiores ou inferiores

Tratamento:

- Excisão, remoção da lesão.
- Crioterapia
- Ablação com nitrogênio líquido

14. HERPES SIMPLEX

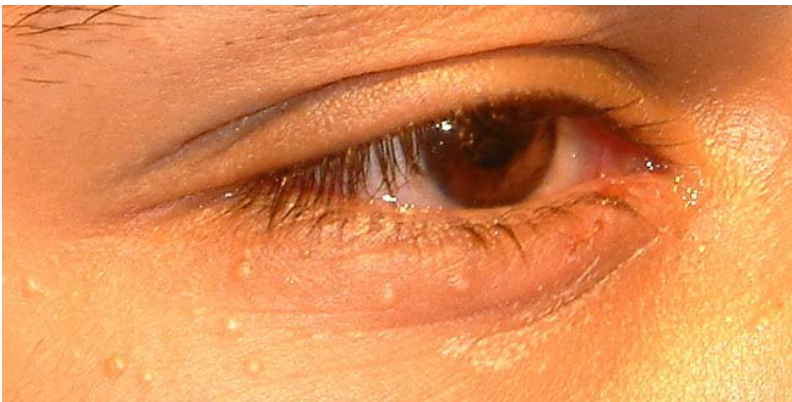


Figure 7.23: infecção por Herpes simplex

Antecedentes:

- As lesões primárias do herpes podem ocorrer em qualquer lugar da pele
- Herpes simplex tipo I, envolve a cabeça e pescoço (Herpes simplex tipo II está associado com doenças sexualmente transmitidas)
- Nos Herpes primários, o envolvimento da pálpebra, ocorre muitas após um período de incubação de cerca de 2 a 14 dias.

Características Clínicas:

- O envolvimento palpebral apresenta-se como sendo unilateral, ligeiramente doloroso e inchado
- São observadas múltiplas lesões/ vesículas discretas de 2-3 mm com uma depressão central
- As vesículas rompem, em seguida, encroscam e curam sem sequelas
- A infecção herpética recorrente também pode envolver as pálpebras
- A recorrência pensa-se que é desencadeada por stress físico ou emocional.
- O envolvimento palpebral é geralmente menos grave que o envolvimento herpético primário da pálpebra
- O início do envolvimento geralmente é precedido por um período de 24h de dormência e formigamento

Tratamento:

- Antivirais tópicos na pele, por exemplo idoxuridina, vidarabine ou pomada aciclovir, 4 vezes por dia até que as lesões sejam resolvidas
- Em casos mais graves, os antivirais são aplicados profilaticamente na superfície ocular para evitar o desprendimento de partículas virais para o globo.
- A pomada tópica é utilizada durante 2 semanas, para reduzir a incidência e gravidade de infecção ocular futura

15. HERPES ZOSTER

Figure 7.24: dermatite por Herpes zoster

Antecedentes:

- A Varicela (catapora) é a infecção primária e a sua reativação resultada em herpes Zoster
- O vírus da varicela fica adormecido no gânglio da raiz dorsal
- Zoster é mais comum em indivíduos mais velhos ou em crianças com incompetência imunológica

Características Clínicas:

- Período de mal-estar, dores de cabeça, febre e náuseas seguidas por 1 ou 2 dias de aumento da sensibilidade ao dermatomo afetado, ardor, comichão e picadas.
- Isto é seguido por um episódio de 2 ou 3 dias de hiperestesia com edema e vermelhidão na área da futura erupção da pele
- A pele apresenta-se com máculas e pápulas, em seguida, desenvolve-se vesículas cheias de fluido
- Apresentação palpebra unilateral, dolorosa e inchada ou de um lado do corpo ou do rosto
- São observadas múltiplas lesões/ vesículas discretas de 2-3 mm com uma depressão central



Tratamento:

- O tratamento de escolha é um curso de antiviral oral para prevenir o desenvolvimento da nevralgia pós-herpética. Se o aciclovir (800 mg 5x por dia durante 1 semana) for feito no prazo de 72 horas após o início de Zoster, reduz a nevralgia e encurta o tempo de recuperação
- O tratamento também envolve o uso de um anti-séptico tópico para facilitar a cicatrização e reduzir a probabilidade de infecção secundária das lesões cutâneas

16. DERMATITE DE CONTATO

- Unilateral ou bilateral
- Um dos problemas de pele mais comuns

Sintomas

- Comichão
- Vermelhidão (aumento da vasodilatação)
- Epífora (lacrimejo)
- Inchaço dos anexos da pálpebra (quemose)

Apresentação Ocular:

- Inchaço / elevação dos anexos, com vermelhidão circundante
- Depois de o edema se dissipar, o resultado final da alergia é a aparência seca e escamosa

Gestão e Tratamento:

- Descobrir o alérgeno e remover / evitar o agente irritante
- Compressas frias → é uma resposta imunitária, assim dá-se a vasoconstrição dos vasos sanguíneos dilatados, diminui a quemose / inchaço e alivia a comichão
- Anti-histamínicos para aliviar a comichão, etc.
- Esteroides: tópicos em casos muito graves, mas tenha cuidado → certamente ajudará, mas deve educar o paciente a usá-lo durante um período muito curto de tempo → pode aumentar a PIO e formar cataratas a longo prazo
- A dermatite é muito simétrica? Deve ter colocado algo nas pálpebras. Se é assimétrica ou ocorre apenas num lado do rosto, pensar sobre o que poderia ter tocado no rosto do paciente ou nas pálpebras.