

SÍNDROME DA FROUXIDÃO PALPEBRAL

FLOPPY EYELID SYNDROME

Nelson Boeira Jr.¹; Patricia Mitiko S. Akaishi¹ & Antonio Augusto V. Cruz²

¹Pós-graduandos. ²Docente. Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP

Correspondência: Prof. Dr. Antonio Augusto Velasco e Cruz. Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Hospital das Clínicas. Av. Bandeirantes, 3900 - 12º andar. CEP 14.049-900 Ribeirão Preto - SP. Fax - 602-2860. E-mail - aavecruz@fmrp.usp.br

BOEIRA Jr. N; AKAISHI PMS & CRUZ AAV. Síndrome da frouxidão palpebral. **Medicina, Ribeirão Preto**, 36: 24-29, jan./mar. 2003.

RESUMO: Os autores apresentam uma revisão sobre a síndrome da frouxidão palpebral, uma condição oftalmológica pouco comum, freqüentemente associada a anomalias sistêmicas e pouquíssimo diagnosticada tanto por oftalmologistas como por clínicos gerais. Quatro casos examinados, no setor de oculoplástica do HCFMRP-USP, são apresentados.

UNITERMOS: Doenças Palpebrais. Síndrome. Palpebras; anormalidades Síndrome da Flacidez Palpebral.

1 - CONCEITO E HISTÓRICO

Síndrome da frouxidão palpebral (SFP) é uma das traduções para o Português da expressão inglesa *Floppy eyelid syndrome*. Segundo o dicionário Webster, um dos sentidos da palavra *flop* é *to move or flap around loosely* (mover ou virar frouxamente). Dessa maneira, fica claro que o sentido da expressão inglesa *Floppy eyelid* é o de uma condição, cuja principal característica é a grande perda de tensão (frouxidão) da pálpebra (superior), que é, então, facilmente evertida.

A síndrome não é muito freqüente, mas também extremamente rara. Uma pesquisa realizada no final de 2002, na *National Library of Medicine* (www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez) revelou 53 trabalhos sobre o assunto, dos quais tivemos acesso a 50 publicados em Inglês ou Francês^(1/50). O serviço de oculo-plástica do HCFMRP-USP já documentou 4 casos inequívocos de SFP, que serão discutidos no decorrer do texto.

Na primeira publicação brasileira sobre o assunto⁽²⁵⁾ *Floppy eyelid syndrome* foi traduzida como

“síndrome da flacidez palpebral”, designação, a nosso ver, um pouco menos precisa, já que a palavra “flácido” tem outros significados além de frouxo, como mole e adiposo.

A síndrome foi descrita, pela primeira vez, por 1981, por Culberstone e Ostler, em um grupo de 11 pacientes do sexo masculino, obesos, que apresentavam conjuntivite papilar, superior, difusa, resistente ao tratamento e grande frouxidão da pálpebra superior⁽¹⁾. Em 1994, van den Bosch e Lemij, descreveram 4 pacientes com SFP e que não apresentavam as características físicas dos pacientes descritos por Culberstone e Ostler, isto é, não eram obesos e nem necessariamente do sexo masculino. Esses autores, então, sugeriram que a melhor designação para a associação de frouxidão palpebral e sinais e sintomas oculares fosse *Lax eyelid syndrome*, e que a expressão usada por Culberstone e Ostler, *Floppy eyelid syndrome*, fosse restrita ao subgrupo de pacientes masculinos obesos.⁽³⁰⁾ A despeito da digressão terminológica, a maioria dos autores descreve qualquer estado de frouxidão palpe-

bral, patológica, essencial, associada a sinais e sintomas oculares como *floppy eyelid syndrome*.

2- QUADRO CLÍNICO OFTALMOLÓGICO

2.1- Alterações Palpebrais

O quadro clínico palpebral é caracterizado por grande frouxidão e distensibilidade da pálpebra superior, que é facilmente evertida com uma leve tração digital, superior. O tarso é extremamente maleável, com perda da tonicidade usual, dobrando-se sobre si mesmo, quando a pálpebra é evertida. O tendão cantal, lateral pode, também, estar alongado. A frouxidão, geralmente, é bilateral, mas pode ser isolada em uma das pálpebras superiores ou, nos casos mais severos, acometer também as inferiores, causando ectrópio.⁽⁵⁾

Os cílios das pálpebras superiores, acometidas perdem sua orientação normal (côncavos, com angulação para cima) e tendem a se dirigir para baixo, uma condição descrita, na literatura americana, com *eyelash ptosis* ou *ptose ciliar*.^(36,37,38)

Em alguns pacientes, um fator adicional, de irritação pode ocorrer durante o piscar, pois a margem palpebral, superior, em virtude de sua pouca tensão, sobrepõe-se à margem inferior, provocando, inclusive, o aparecimento de úlceras tarsais.⁽²³⁾

Disfunção das glândulas de Meibomio (glândulas intratarsais, produtoras de lipídeos) e instabilidade do filme lacrimal, também já foram relatadas.⁽¹¹⁾ Ptose é, também, outro achado comum.⁽²⁸⁾

Por fim, a associação da síndrome com a blefarocálase (condição de etiologia desconhecida, caracterizada por episódios repetidos de edema palpebral, que levam a alterações permanentes, da lamela anterior, palpebral) foi descrita em três pacientes.⁽⁹⁾

2.2- Alterações Conjuntivais

Conjuntivite crônica, uni ou bilateral, com ou sem reação papilar, é um dos achados mais frequentes da síndrome.^(5,41) As alterações conjuntivais estão associadas à eversão espontânea da pálpebra superior durante o sono e conseqüente contato crônico da conjuntiva tarsal com os lençóis e o travesseiro. As queixas mais comuns são hiperemia conjuntival, secreção, muco, prurido e sensação de corpo estranho, mais intensos pela manhã, sem nenhuma tendência de exacerbação sazonal. A visão pode estar turva (sem se encontrar substancialmente diminuída) pelo acúmulo de secreção, as pálpebras encontram-se edemaciadas

principalmente na região pré-tarsal, causando ptose, podendo sugerir, também, um processo neoplásico. As papilas podem variar em tamanho e se encontrar cobertas por uma camada de muco e filamentos, podendo haver queratinização do epitélio.

O nexa causal entre a frouxidão palpebral e a conjuntivite crônica é freqüentemente esquecido e muitos doentes seguem sendo tratados com todos os tipos possíveis de colírio, sem que a verdadeira causa da irritação ocular (frouxidão palpebral) seja combatida⁽²⁴⁾

2.3- Alterações Corneanas

O comprometimento da córnea depende diretamente da gravidade do quadro e pode variar desde uma ceratite puntata, superficial, difusa até úlceras, neovascularização e opacidades.^(12,17,27,32) Já foi inclusive relatado um caso de perfuração corneana em um paciente portador de artrite reumatóide e SFP.⁽⁵⁰⁾

Alterações de curvatura como ceratocone^(19,22) ou mesmo francas ectasias⁽¹³⁾ também já foram descritas em portadores da síndrome.

2.4- Outras

Subluxação do globo pode ocorrer, quando a síndrome está associada a órbitas de dimensões reduzidas.⁽⁴⁰⁾

3- QUADRO CLÍNICO SISTÊMICO

Os pacientes descritos, no artigo original de Culberstone e Ostler, eram todos obesos, do sexo masculino e de meia-idade⁽¹⁾. Assim, durante algum tempo pensou-se que essas três variáveis (obesidade, sexo masculino e meia-idade) fossem elementos essenciais para o desenvolvimento de hiperdistensibilidade palpebral. Contudo, logo ficou claro que achados típicos da síndrome podiam ser encontrados em pessoas não obesas, em mulheres e até mesmo em crianças.^(2,12,16,33,44)

Alguns achados sistêmicos parecem ser fortuitos e não relacionados diretamente à condição. Caso típico é a descrição, na década de 80 de associação de síndrome da frouxidão palpebral e hiperglicinemia,⁽⁶⁾ o que não mais apareceu na literatura. No mínimo curiosa, é a sugestão que o uso de cocaína, sob a forma de *crak*, poderia estar associado à SFP⁽²⁶⁾.

Outras associações foram bem comprovadas. Retardo mental é uma delas, o que, inclusive, já foi visto no ambulatório de oculoplastica do HCFMRP-USP. Tipicamente, há, nesses casos, fortes evidências de

que a hiperdistensibilidade palpebral é secundária à estimulação mecânica, repetida, da pálpebra afetada, por parte do paciente^(46,48). No caso visto no HC, o paciente era uma criança portadora de síndrome de Down, que, comumente, distendia as pálpebras com os dedos.

Uma relação importante da SFP é com a apnéia obstrutiva do sono^(18,34,35,43,47). Como os pacientes com apnéia obstrutiva do sono apresentam uma frouxidão dos tecidos da orofaringe, não é de se estranhar que a hiperdistensibilidade palpebral possa estar presente, ainda mais se for lembrado que ambas as síndromes têm forte relação com obesidade e posições viciosas durante o sono.

4- SUBSTRATO ANATOMOPATOLÓGICO

Os primeiros exames anatomopatológicos, realizados em fragmentos de tarso, oriundos de cirurgias da SFP foram inconspícuos, notando-se apenas infiltrado inflamatório, linfocítico, queratinização e espessamento do epitélio conjuntival. Em 1994, Netland e colaboradores mostraram que, quando se utiliza coloração especial para a evidênciação de fibras elásticas, o tarso dos pacientes com SFP mostra uma perda importante do tecido elástico.⁽²⁸⁾ Contudo, não é claro se a deficiência de elastina é primária ou secundária às alterações mecânicas, palpebrais.

5- PATOGENIA

Embora os mecanismos produtores da hiperdistensibilidade palpebral não sejam bem compreendidos, algumas ilações sobre a patogenia das lesões oculares podem ser feitas. Mesmo na ausência da SFP, sabe-se que uma boa aposição entre as pálpebras e o globo é de fundamental importância para a normalidade da superfície ocular, e que a frouxidão palpebral, mesmo inferior, é indutora de sintomas irritativos.⁽³⁾

A SFP é mais freqüente em pacientes obesos, que, sabidamente, adotam viciosas posições de cabeça durante o sono. A grande maioria dos autores reconhece uma forte associação entre o olho acometido e o lado que paciente adota para dormir. Eversão espontânea, noturna, palpebral, com contato direto do olho com os lençóis e fronthas já foi bem documentada pela maioria dos autores.^(1,4,10,20,27,29)

A importância do fator mecânico, na gênese do comprometimento ocular, é corroborada pelas observações de pacientes que apresentaram reversão dos sintomas apenas com proteção noturna das pálpebras, evitando, assim, o contato entre o bulbo ocular e o travesseiro. Dos quatro casos de SFP, vistos no ambulatório de oculoplástica do HCFMRP-USP, em três, as anomalias bulbares estavam associadas ao lado em que o paciente dormia (Figuras 1 e 2) e, no outro, o da



Figura 1 - Paciente obeso com hiperdistensibilidade palpebral, superior, em ambos os olhos. Notar comprometimento do olho esquerdo, lado em que o paciente adotava para dormir.



Figura 2 - Paciente com hiperdistensibilidade palpebral, superior, em ambos os olhos. Notar correlação entre o lado adotado para dormir (esquerdo) e o quadro ocular: blefaroptose, ptose ciliar e úlcera de córnea.

criança com retardo mental, as fendas palpebrais eram constantemente estiradas manualmente; contudo, como a criança não adotasse nenhuma postura constante ao dormir, o comprometimento do bulbo ocular não existia (Figura 3). Além disso, não é incomum encontrar pacientes com obesidade mórbida e sem posição viciosa de dormir, que apresentam hiperdistensibilidade palpebral, porém ausência de anomalias oculares (Figura 4). Por outro lado, a associação entre apnéia obstrutiva do sono e SFP sugere que fenômenos associados à hipóxia estejam relacionados às alterações de superfície ocular. A esse respeito vale lembrar os relatos de melhora das condições oculares após perda de peso e reversão da síndrome de apnéia do sono.^(13,47)

6- TRATAMENTO

O tratamento dos pacientes com SFP visa eliminar os fatores causais da irritação ocular. Como, na maioria das vezes, existe uma associação evidente de trauma mecânico durante o sono, a primeira conduta é a conservadora, através da proteção, durante a noite, do olho afetado. Um simples curativo oclusivo, bem feito pode ser suficiente. Em pacientes não colaborativos, a cirurgia palpebral é a única opção viável. Vários procedimentos, visando a correção da frouxidão horizontal, superior já foram propostos. Em todos, associa-se a estabilização do tendão cantal, lateral com ressecção de grandes segmentos tarsoconjuntivais, medialmente à glândula lacrimal, principal.^(7,10,20,29, 39,42,45, 49)



Figura 3 - Criança com síndrome de Down, hiperdistensibilidade palpebral em ambos os olhos, sem posição preferencial ao dormir. Notar em ambos os olhos, blefaroptose, ptose ciliar e ausência de comprometimento bulbar.

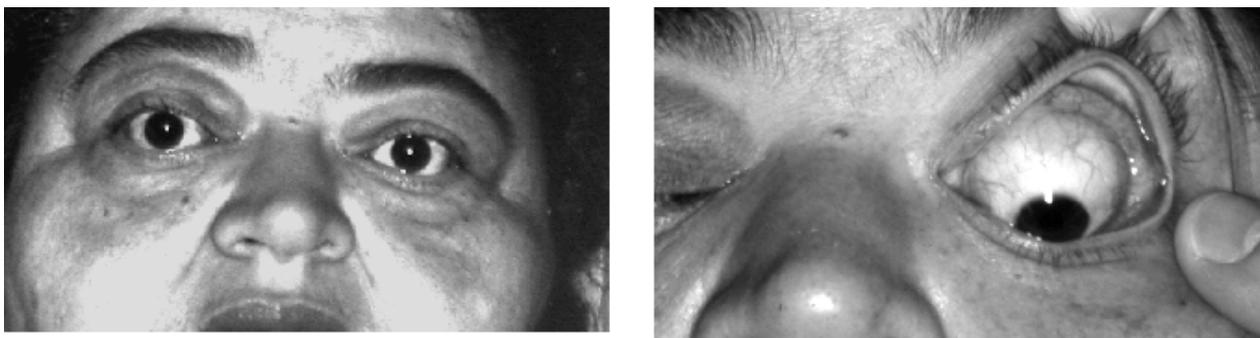


Figura 4 - Paciente obesa, assintomática e com hiperdistensibilidade palpebral, porém sem posicionamento preferencial ao dormir.

BOEIRA Jr. N; AKAISHI PMS & CRUZ AAV. Floppy eyelid syndrome. *Medicina, Ribeirão Preto*, 36: 24-29, jan./march, 2003.

Abstract: We revised the floppy eyelid syndrome, an ophthalmic condition frequently associated with systemic abnormalities. This syndrome is seldom recognized by both ophthalmologists and general physicians. Four cases examined in the oculoplastic clinic of the HCFMRP-USP are presented.

Uniterms: Eyelid Diseases. Syndrome. Eyelids; abnormalities. Floppy Eyelid Syndrome.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -

- 1 - CULBERTSON WW & OSTLER HB. The Floppy Eyelid Syndrome. **Am J Ophthalmol** **92**: 568-575, 1981.
- 2 - PACIUC M & MIER ME. A woman with the floppy eyelid syndrome. **Am J Ophthalmol** **93**: 255-256, 1982.
- 3 - LIU D & STASIOR OG. Lower eyelid laxity and ocular Symptoms. **Am J Ophthalmol** **95**: 545-551, 1983.
- 4 - PARUNOVIC A. Floppy eyelid syndrome. **Br J Ophthalmol** **67**: 264-266, 1983.
- 5 - SCHWARTZ LK; GELENDER H & FORSTER R K. Chronic conjunctivitis associated with floppy eyelid. **Arch Ophthalmol** **101**: 1884-1888, 1983.
- 6 - GERNER EW & HUGHES SM. Floppy eyelid with hyperglycemia. **Am J Ophthalmol** **98**: 614-616, 1984.
- 7 - DUTTON JJ. Surgical management of floppy eyelid syndrome. **Am J Ophthalmol** **99**: 557-560, 1985.
- 8 - EASTERBROOK M. Floppy eyelid syndrome. **Can J Ophthalmol** **20**: 264-265, 1985.
- 9 - GOLDBERG R; SEIFF S; MCFARLAND J; SIMONS K & SHORR N. Floppy eyelid syndrome and blepharochalasis. **Am J Ophthalmol** **102**: 376-381, 1986.
- 10 - MOORE MB; HARRINGTON J & MCCULLEY JP. Floppy eyelid syndrome; management including surgery. **Ophthalmology** **93**: 184-188, 1986.
- 11 - GONNERING RS & SONNELAND PR. Meibomian gland dysfunction in floppy eyelid syndrome. **Ophthalmic Plast Reconstr Surg** **3**: 99-103, 1987.
- 12 - FLEISHMAN JA & HOFFMAN RO. An unusual case of floppy eyelid syndrome. **Ann Ophthalmol** **20**: 468-469, 1988.
- 13 - PARUNOVIC A & ILIC B. Floppy eyelid syndrome associated with keratotorus. **Br J Ophthalmol** **72**: 634-635, 1988.
- 14 - DA PA; BRUNZINI M; CROXATTO JO & NANO H. Floppy eyelid syndrome. 5 cases. **Ophthalmologie** **3**: 314, 1989.
- 15 - GOLDBERG RA; CODEN DJ; HORNBLASS A & MITCHEL JP. Floppy eyelid syndrome associated with marked lower eyelid ectropion. **Am J Ophthalmol** **108**: 610-612, 1989.
- 16 - IFERMAN RA; GOSSMAN M; O'NEILL K & DOUGLAS CH. Floppy eyelid syndrome in a child. **Am J Ophthalmol** **109**: 356-357, 1990.
- 17 - IMBERT P; WILLIAMSON W; LEGER F; GAUTHIER L & LAGOUTTE F. Neovascularisation corneene bilaterale et floppy eyelid syndrome. A propos d'un cas. **J Fr Ophtalmol** **13**: 223-225, 1990.
- 18 - WOOG JJ. Obstructive sleep apnea and the floppy eyelid syndrome. **Am J Ophthalmol** **110**: 314-315, 1990.
- 19 - DONNENFELD ED; PERRY HD; GIBRALTER RP; INGRAHAM HJ & UDELL IJ. Keratoconus associated with floppy eyelid syndrome. **Ophthalmology** **98**: 1674-1678, 1991.
- 20 - BOUCHARD CS. Lateral tarsorrhaphy for a noncompliant patient with floppy eyelid syndrome. **Am J Ophthalmol** **114**: 367-369, 1992.
- 21 - BROWN MD & POTTER JW. Floppy eyelid syndrome: A case report and clinical review. **J Am Optom Assoc** **1992**: 309-314, 1992.
- 22 - NEGRIS R. Floppy eyelid syndrome associated with keratoconus. **J Am Optom Assoc** **63**: 316-319, 1992.
- 23 - KARESH J W; NIRANKARI VS & HAMEROFF SB. Eyelid imbrication. **Ophthalmology** **100**: 883-889, 1993.
- 24 - KESTELYN P; VAN LIEFFERINGE T; GOES H; HOSTE AM & HANSENS M. A rare case of chronic papillary conjunctivitis diagnosed after several years of evolution. Clinical and pathological findings. **Bull Soc Belge Ophthalmol** **248**: 61-66, 1993.
- 25 - MÖRSCHBÄCHER R; SANT'ANNA A E & PORTELLINHA W. Síndrome de flacidez da pálpebra superior. **Arq Bras Oftalmol** **56**: 339-342, 1993.
- 26 - REIFLER DM. Floppy eyelid syndrome and crack eye syndrome. **Ophthalmology** **100**: 975, 1993.
- 27 - CULBERTSON WW & TSENG SC. Corneal disorders in floppy eyelid syndrome. **Cornea** **13**: 33-42, 1994.
- 28 - NETLAND PA; SUGRUE SP; ALBERT DM & SHORE JW. Histopathologic features of the floppy eyelid syndrome. Involvement of tarsal elastin. **Ophthalmology** **101**: 174-181, 1994.
- 29 - TANENBAUM M. A rational approach to the patient with floppy/lax eyelids. **Br J Ophthalmol** **78**: 663-665, 1994.
- 30 - VAN DE BOSCH W & LEMJI HG. The lax syndrome. **Br J Ophthalmol** **78**: 666-670, 1994.
- 31 - MORTEMOUSQUE B; WILLIAMSON W; POIRIER L; BROUSSE D & VERIN P. Floppy eyelid syndrome. Apropos of 4 cases and review of the literature. **J Fr Ophtalmol** **18**: 542-547, 1995.
- 32 - LEE WJ, KIM JC & SHYN KH. Clinical evaluation of corneal diseases associated with floppy eyelid syndrome. **Korean J ophthalmol** **10**: 116-121, 1996.
- 33 - GROSS RH & MANNIS MJ. Floppy eyelid syndrome in a child with chronic unilateral conjunctivitis. **Am J Ophthalmol** **124**: 109-110, 1997.
- 34 - MCNAB AA. Floppy eyelid syndrome and obstructive sleep apnea. **Ophthalmic Plast Reconstr Surg** **13**: 98-114, 1997.
- 35 - ROBERT PY; ADENIS JP; TAPIE P & MELLONI B. Eyelid hyperlaxity and obstructive apnea (O.S.A) syndrome. **Eur J Ophthalmol** **7**: 211-215, 1997.
- 36 - KLAPPER SR & JORDAN DR. Floppy eyelid syndrome. **Ophthalmology** **105**: 1582, 1998.
- 37 - LANGFORD JD & LINBERG JV. A new physical finding in floppy eyelid syndrome. **Ophthalmology** **105**: 165-169, 1998.
- 38 - MCNAB AA. Floppy eyelid syndrome. **Ophthalmology** **105**: 1977-1978, 1998.

- 39 - SCHOLTEN E; MARCK KW & GROND AJK. Surgical correction of floppy eyelids. **Br J Plast Surg** **51**: 264-266, 1998.
- 40 - ALEXANDRAKIS G; TSE DT & CHANG WJ. Spontaneous globe luxation associated with floppy eyelid syndrome and shallow orbits. **Arch Ophthalmol** **117**: 138, 1999.
- 41 - DUFEK MA & SHECHTMAN DL. Floppy eyelid syndrome. **J Am Optom Assoc** **70**: 450-454, 1999.
- 42 - LEMKE BN & DORTZBACH RK. A tarsal strip-periosteal flap technique for lateral canthal fixation. **Ophthalmic Surg Lasers** **30**: 232-236, 1999.
- 43 - MOJON DS; GOLDBLUM D; FLEISCHHAUER J; CHIOU AGY; FRUEH BE; HESS CW; GUGGER M; BASSETTI C; BOEHNKE M & MATHIS J. Eyelid, conjunctival, and corneal findings in sleep apnea syndrome. **Ophthalmology** **106**: 1182-1185, 1999.
- 44 - SAMAHA AN; FARAH N & MAALUF R. Floppy eyelid syndrome in a child with vernal catarrh. **J Pediatr Ophthalmol Strabismus** **36**: 216-218, 1999.
- 45 - SEIFF SR. Surgical management of seventh nerve paralysis and floppy eyelid syndrome. **Curr Opin Ophthalmol** **10**: 242-246, 1999.
- 46 - BOULTON JE & SULLIVAN TJ. Floppy eyelid syndrome and mental retardation. **Ophthalmology** **107**: 1989-1991, 2000.
- 47 - MCNAB AA. Reversal of floppy eyelid syndrome with treatment of obstructive sleep apnea. **Clin Exp Ophthalmol** **28**: 125-126, 2000.
- 48 - MACK WP. Floppy eyelid syndrome and mental retardation. **Ophthalmology** **108**: 2159-2160, 2001.
- 49 - PERIMAN LM & SIREBS BS. Floppy eyelid syndrome. A modified surgical technique. **Ophthalmic Plast Reconstr Surg** **18**: 370-372, 2002.
- 50 - ROSSITER JD; ELLINGHAM R; HAKIN KN & TWOMEY JM. Corneal melt and perforation secondary to floppy eyelid syndrome in the presence of rheumatoid arthritis. **Br J Ophthalmol** **86**: 483-487, 2002.

Recebido para publicação em 27/01/2003

Aprovado para publicação em 31/03/2003