

# Retração palpebral em infra-dextro-versão: relato de caso

## *Eyelid retraction in right down gaze: case report*

Silvana Artioli Schellini <sup>(1)</sup>  
 Margareth Tiemi Furuya <sup>(2)</sup>  
 Felipe Jorge Heimbeck <sup>(1)</sup>  
 Maria Rosa Bet de Moraes Silva <sup>(1)</sup>

### RESUMO

Apresentamos uma paciente de 3 anos e 6 meses, ortofórica, com função do músculo levantador normal, portadora de retração da pálpebra superior direita quando olha em infra-dextro-versão, estando deitada. A retração palpebral não é desencadeada com nenhuma outra manobra. São discutidas as causas possíveis para a retração palpebral.

**Palavras-chave:** Retração palpebral; Posição da pálpebra.

### INTRODUÇÃO

A retração palpebral é muito menos frequente que a ptose palpebral. Pode ser decorrente de várias causas, como as alterações tireoideanas <sup>10</sup> e a síndrome sincinética trigêmeo-oculomotor <sup>6</sup>.

Apresentamos uma criança portadora de retração da pálpebra superior direita desencadeada em infra-dextro-versão, estando a criança deitada. Este é o primeiro caso relatado na literatura nacional e o segundo da literatura mundial, tendo sido o primeiro descrito por Hwang et al <sup>7</sup>.

### RELATO DO CASO

KAO, feminina, branca, 3 anos e 6 meses, procurou o Serviço de Oftalmologia da Faculdade de Medicina de Botucatu por ter a mãe notado alteração da posição da pálpebra superior quando a criança passa da posição supina para a deitada. O fenômeno ocorre na pálpebra superior direita; foi notado desde os 9 meses de idade e tem se mantido estável. A criança nasceu de parto normal, gravidez e parto sem intercorrências e é saudável.

Ao exame ocular: acuidade visual 20/20 em ambos os olhos, ortofórica em todas as posições do olhar, pálpebras normalmente posicionadas em posição primária do olhar e nas posições diagnósticas (Figura 1), com função do músculo levantador da pálpebra normal. A pálpebra superior direita se retrai, posicionando-se acima do limbo superior, quando a criança, deitada, olha em infra-dextro-versão (Figura 2). Não existe retração da pálpebra com nenhuma outra manobra.

### COMENTÁRIOS

O movimento da pálpebra superior é consequência de 3 forças ativas: 2 músculos esqueléticos e 1 músculo liso. A elevação da pálpebra superior é provocada principalmente pelo músculo (M) levantador da pálpebra. O M

Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP e apresentado como tema livre no XIII Congresso Brasileiro de Prevenção de Cegueira.

- <sup>(1)</sup> Professor Assistente Doutor do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.  
<sup>(2)</sup> Ortopista do Departamento de Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP.

**Endereço para correspondência:** Silvana A. Schellini. Depto. OFT/ORL/CCP. Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP. CEP 18618-000. E-mail: btcrs@zaz.com.br



Fig. 1 - Fotodocumentação nas diferentes posições de olhar mostrando ortoforia e pálpebras normalmente posicionadas.



Fig. 2 - Retração da pálpebra superior direita em infra-dextro-versão (acima) e posição normal em infra-levo-versão (abaixo), estando a criança deitada.

frontal pode auxiliar o M levantador da pálpebra, elevando a pálpebra em até 3 a 5 mm; assim também o M de Müller, atuante sob condições de estimulação simpática, pode auxiliar o M levantador da pálpebra.

Além da ação muscular, o arranjo dos ligamentos e inserções dos músculos esqueléticos produz força constante e passiva na pálpebra superior<sup>3</sup>.

Existe uma movimentação sincrônica entre as pálpebras, os olhos e o conteúdo orbitário. Assim, no olhar para cima, o M levantador se contrai, o retrator da pálpebra inferior se relaxa e observa-se discreto aumento de volume na pálpebra superior. Quando se olha para baixo, o M levantador se relaxa, o retrator da pálpebra inferior se contrai, puxando a pálpebra inferior 2 ou 3 mm para baixo. Além disso, em infra-versão, o M reto superior, que mantém íntima relação com o M levantador, também se relaxa e o M reto inferior, se contrai. Portanto o M levantador, sem dúvida, deve relaxar no olhar para baixo. Porém, a criança que apresentamos não apresenta esta movimentação.

Quando o M levantador se relaxa, as forças passivas, resultantes da interação do levantador da pálpebra, aponeurose do levantador, tendões cantais e ligamento transversal, são o principal fator a produzir o abaixamento palpebral<sup>11</sup>. Além das forças passivas, outros fatores para que atuam no

movimento da pálpebra superior para baixo seriam: a gravidade, a fricção da pálpebra com o globo e a atividade bifásica do orbicular<sup>11</sup>. Transportando estes fatores para o caso em questão, a força da gravidade poderia ser considerada nula, uma vez que o problema surge com a criança deitada, a fricção da pálpebra com o globo é mínima, a atividade do orbicular não possui papel significativo em causar movimento sacádico da pálpebra superior para baixo<sup>5</sup>, restando as forças passivas como principal alternativa para explicar algum fator restritivo à movimentação da pálpebra superior no olhar para baixo.

Outro fator a ser considerado é que, com a rotação do olho para posição abaixo da ligação da pálpebra com o canto lateral ocorre, normalmente, descida da pálpebra superior. Portanto, a descida da pálpebra superior também é influenciada pelo movimento sacádico do olho.

Em suma, a descida da pálpebra superior que ocorre com o movimento sacádico do olho, resulta da liberação da tensão elástica para baixo estocada em várias estruturas, sendo que o M levantador da pálpebra e o M de Müller determinam a posição final da pálpebra<sup>11</sup>.

Além das alterações que podem ocorrer no próprio mecanismo de abaixamento palpebral, a retração da pálpebra superior pode decorrer de diversas patologias que poderiam ser agrupadas em 3 categorias: neurogênica, miogênica e mecânica<sup>1</sup>. Dentre as neurogênicas: pinealoma, hidrocefalia, malformações artério-venosas, doenças da artéria basilar, esclerose disseminada, poliomielite bulbar, encefalite, sífilis terciária, trauma craniano, S. de Guillain-Barré, epilepsia, parkinsonismo, S. de Marcus Gunn, paralisia do olhar horizontal, paralisia do oculomotor, uso de colírios simpatomiméticos. Dentre as miogênicas: congênita, doença de Graves, paralisia periódica hipocalcêmica, Miastenia Gravis, pós-cirurgia, pós-toxina botulínica. Dentre as mecânicas: buftalmo, miopia severa, proptose, craniosinostose, Doença de Paget, neoplasias palpebrais, alterações dermatológicas, fraturas de órbita, uso de lentes de contato, pós-cirurgia ocular, etc<sup>1</sup>.

A causa mais comum de retração da pálpebra superior são as tireopatias. Tanto no hiper, como no hipotireoidismo, pode haver retração da pálpebra superior, podendo esta aparecer mesmo antes de qualquer manifestação clínica da doença tireoideana<sup>10</sup>.

Na Síndrome de Marcus Gunn, a retração palpebral pode ser desencadeada por movimentos mastigatórios, de sucção, de movimentação lateral da mandíbula, além de outras manobras como: sorrir, contração do esternocleidomastoideo, protrusão da língua, inspiração, Valsalva<sup>2,8,9</sup>.

De todas as causas apresentadas como possíveis para desencadear retração palpebral, no caso em questão, pela idade e hígidez da criança poder-se-ia supor ser a retração resultante de alteração das forças passivas, ou seja, do sistema ligamentar palpebral. Outra possibilidade seria inervação anômala, como ocorre na S. de Marcus Gunn, quando, núcleo

motor mesencefálico do nervo trigêmeo para o músculo pterigoídeo inerva também a pálpebra, que é terreno de núcleo do nervo oculomotor. Esta poderia ser mais uma variante da S. de Marcus Gunn, como outras já relatadas<sup>4</sup>, havendo ausência da ptose na posição primária do olhar e retração da pálpebra superior desencadeada ao olhar para baixo.

Hwang et al.<sup>7</sup> descreveram o caso de uma criança coreana de 33 meses de idade e que apresentava retração da pálpebra superior do olho esquerdo desde os 6 meses de idade. Assim como a criança que agora apresentamos, era ortofórica, com função normal do levantador, sendo a retração desencadeada apenas quando a criança olhava para baixo, estando deitada. Estes autores realizaram toda propedêutica neurológica, inclusive ressonância nuclear magnética e todos os exames foram normais.

Portanto, tanto neste caso, como no de Hwang et al.<sup>7</sup>, a causa da retração palpebral no olhar em infra-versão, associada a posição de decúbito dorsal, permanece não definida.

*retraction is not released by any other maneuver. The possible causes for the eyelid retraction are discussed.*

**Keywords:** *Eyelid retraction; Position of eyelid.*

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bartley GB. The differential diagnosis and classification of eyelid retraction. *Ophthalmology* 1996;103:168-76.
2. Bradley, WG, Toone BK. Synkinetic movements of the eyelid: a case with some unusual mechanism of paradoxical lid retraction. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1967;30:578.
3. Evinger C, Manning KA, Sibony PA. Eyelid moviments. *Invest Ophthalmol Vis Sci* 1991;32:387-400.
4. Glaser JS. Neuro-ophthalmic examination. In: Tasman W, Jaeger EA eds. *Duane's Clinical Ophthalmology*. Philadelphia: Harper & Row, 1997; v.2; cap. 3.
5. Guimarães FC, Cruz AAV. Palpebral fissure height and downgaze in patients with Graves upper eyelid retraction and congenital blepharoptosis. *Ophthalmology* 1995;102:1218-22.
6. Gunn RM. Congenital ptosis with peculiar associated movement of the affected lid. *Trans Ophthalmol Soc Uk* 1883;3:283-7.
7. Hwang JM, Yi KY, Kang G. Unilateral eyelid retraction induced by a change from supine to sitting position. *Arch Ophthalmol* 1996;114:1287.
8. Kirkham TH. Paradoxical elevation of eyelid on smiling. *Am J Ophthalmol* 1971;72:207-8.
9. Parry R. An unusual case of the Marcus Gunn syndrome. *Trans Ophthalmol Soc Uk* 1957;77:181-5.
10. Salvi M, Scalise D, Stolarski C, Arthurs B, Lindley S, Kennerdel J, Wall JR. Upper eyelid retraction in the absence of other evidence for progressive ophthalmopathy is associated with eye muscle autoantibodies. *Clin Immunol Immunopath* 1995;74:44-50.
11. Sibony PA, Evinger C, Manning KA. Eyelid moviments in facial paralysis. *Arch Ophthalmol* 1991;102:1218-22.

#### SUMMARY

*We present a 31/2 year-old orthophoric patient, with normal function of the elevator muscle and with upper right eyelid retraction on right down gaze when lying down. The eyelid*

## 5º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE UVEÍTES

**26 a 28 de março de 2.000 - Buenos Aires - Argentina**

**Simpósio organizado pelo Grupo Internacional de Estudos em Uveítes (IUSG)**

Contará com a presença de 50 especialistas em uveítes do mundo inteiro.

Os membros da Sociedade Brasileira de Uveítes e do Conselho Brasileiro de Oftalmologia terão destaque especial no congresso.

#### INFORMAÇÕES:

**No Brasil:** Dr. Rubens Belfort Jr.  
R. Botucatu, 822 - CEP 04023-062 - São Paulo - SP  
Fax: (55-11) 573-4002

**Na Argentina:** Dr. Cristóbal Couto  
Fax: (54-1) 953-2092