

Ptose palpebral no adulto – Quando pedir exames e quais?

Ana Fonseca

Assistente Hospitalar de Oftalmologia, CHLN, EPE – HSM

Ptose é definida por uma anomalia de posição da pálpebra superior, que recobre mais de 2 mm o limbo querático, sendo a forma adquirida responsável pela maioria dos casos. De acordo com a etiologia, pode ser classificada em mecânica, miogénica, neurogénica e aponevrótica, ou mista, sendo a forma aponevrótica a única que não requer investigação adicional. O estudo etiológico é orientado pelas características clínicas da ptose (data de início, modo de instalação, modo de evolução, presença de dor, quadro uni ou bilateral), pelos dados da história familiar e da história oftalmológica pregressa, e pelo resultado da avaliação clínica oftalmológica.

Num quadro de ptose de instalação aguda, sobretudo se acompanhado por dor ou cefaleia, é fundamental excluir causas neurológicas nomeadamente vasculares, como o Síndrome de Claude-Bernard-Horner (por dissecação da artéria carótida interna), a Paralisia do III par craniano (por aneurisma supra-clinoideu) e a Arterite de Células Gigantes. Para investigar essas hipóteses diagnósticas, devem ser solicitados estudos neuroimagiológicos (ressonância magnética crâneo-encefálica com gadolínio, com eventual angio-RM, e/ou angiografia cerebral convencional), ecodoppler dos vasos do pescoço, estudo radiológico do tórax e estudo analítico incluindo Velocidade de Sedimentação e Proteína C Reactiva.

Num quadro de ptose unilateral ou bilateral, com flutuação ao longo do dia, e agravamento com fadiga e ao final do dia, que pode estar associado a diplopia, sem anisocoria, tem de se excluir Miastenia Gravis. Para tal, é necessário solicitar doseamento sérico dos anticorpos anti-receptor da Acetilcolina, electromiografia de fibra única, e eventualmente uma prova terapêutica com agentes anticolinesterase (Teste do Tensilon®). Neste contexto clínico, deve ser sempre questionada a toma de estatinas, que podem induzir quadros miastenia-like.

Quando perante uma ptose habitualmente bilateral, acompanhada de limitação oculomotora (mas muitas vezes sem diplopia), e com história familiar positiva, tem de se excluir uma causa miopática, como a oftalmoplegia progressiva e as mitocondriopatias, mediante a realização de biópsia muscular (do músculo deltóide) com estudo da cadeia respiratória.

As causas de ptose variam em gravidade de lesões com potencial compromisso vital, a processos involutivos de instalação lenta. O esclarecimento da sua etiologia é fundamental de modo a garantir a adequada abordagem terapêutica, médica ou cirúrgica, sendo a avaliação das características clínicas determinante da investigação a seguir.

BIBLIOGRAFIA

1. Albert & Jakobiec's, Principles and Practice of Ophthalmology 2008. Cap. 257 "Acquired Ptosis" David B. Lyon e Jemshed A. Khan. Ed Saunders Elsevier. Pag. 3403-3410.
2. Baggio E, Ruban J-M, Boizard Y. Étiopathogénie des ptôsis à propôs d'une série de 484 cas. Vers une nouvelle classification?. J Fr Ophtalmol. 2002; 25, 10, 1015-1020.
3. Boughton B. Assessing and Correcting Ptosis. Eynet Magazine. Nov/Dec 2007. <http://www.aao.org/eyenet/article/assessing-correcting-ptosis?novemberdecember-2007>.
4. Guépratte N, Lebuissou DA. Conduite à tenir devant un ptosis acuis. J Fr Ophtalmol. 2002; 25, 3, 341-343.
5. Morris CL, Chesnutt DA. Acquired Ptosis: Evaluation and Management. Eynet Magazine. Fev/2005. <http://www.aao.org/eyenet/article/acquired-ptosis-evaluation-management?feb-2005>.