



Torcicolo na infância

Torcicolo na infância • Página 4

Torcicolo: atenção à postura • Página 7

Torcicolo de origem ocular na criança: como diferenciar? • Página 9

SPSP educa

PORTAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DA
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Faça sua inscrição para
os cursos da SPSP

Acesse as aulas gravadas dos
eventos da SPSP



www.spspeduca.org.br

Diretoria Executiva

Presidente
Sulim Abramovici
1º Vice-presidente
Renata Dejtiar Waksman
2º Vice-presidente
Claudio Barsanti
Secretária-geral
Maria Fernanda B. de Almeida
1º Secretário
Ana Cristina Ribeiro Zollner
2º Secretário
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck
1º Tesoureiro
Mário Roberto Hirschheimer
2º Tesoureiro
Paulo Tadeu Falanghe

Diretoria de Publicações

Diretora
Cléa R. Leone
Coordenadores do *Pediatria Atualize-se*
Antonio Carlos Pastorino
Mário Cícero Falcão

Departamentos colaboradores:
Pediatria Ambulatorial e
Cuidados Primários
Ortopedia
Oftalmologia

Informações Técnicas

Produção editorial
Sociedade de Pediatria
de São Paulo
Jornalista responsável
Paloma Ferraz (MTB 46219)
Revisão
Rafael Franco
Projeto gráfico e diagramação
Lucia Fontes

Foto de capa
© belchonock
depositphotos.com

Periodicidade: bimestral
Versão eletrônica: www.spsp.org.br

Contato comercial
Karina Aparecida Ribeiro Dias:
karina.dias@apm.org.br
Malu Ferreira:
malu.ferreira@apm.org.br

Contato produção
Paloma Ferraz:
paloma@spsp.org.br

Torcicolo na infância

Torcicolo é a adoção de uma postura anormal do pescoço, com inclinação para um lado e rotação do queixo para o lado oposto, levando a uma atitude viciosa da cabeça e do pescoço.

É um achado relativamente frequente na criança, comum a múltiplas situações e que pode se manifestar de forma aguda ou crônica. Na maioria dos casos é uma afecção benigna, mas pode ser manifestação de lesões graves do sistema nervoso central e/ou da coluna cervical.

Torcicolos infantis podem ser congênicos (muscular ou osteoarticular) ou adquiridos (traumáticos ou não traumáticos). As formas congênicas representam a maioria dos casos.

Assim que reconhecido, o torcicolo deve ser prontamente tratado, por isso a observação durante as consultas de Puericultura é tão importante. Este número do *Pediatria Atualize-se* apresenta três textos sobre torcicolo na infância:

- Torcicolo na infância, do Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial e Cuidados Primários, mostrando a visão dessa problemática do ponto de vista pediátrico.
- Torcicolo: atenção à postura, do Departamento Científico de Ortopedia, com a abordagem do ortopedista pediátrico.
- Torcicolo de origem ocular na criança, do Departamento Científico de Oftalmologia, com orientações para o diagnóstico diferencial para o oftalmopediatra. Aproveitem a leitura!



Arquivo spsp.org.br

Mário Cícero Falcão
Editor da Diretoria de Publicações

sumário

Torcicolo na infância	4
por Natália Tonon Domingues e Adriana Monteiro de Barros Pires	
Torcicolo: atenção à postura	7
por Ellen de Oliveira Goiano e Miguel Akkari	
Torcicolo de origem ocular na criança: como diferenciar?	9
por Iara Debert e Marcia Keiko Uyeno Tabuse	

Torcicolo na infância

Natália Tonon Domingues* e Adriana Monteiro de Barros Pires**

O termo “torcicolo” deriva do latim, a palavra “*tortus*” significa “torcido” e “*collum*” significa “pescoço”. É definido como uma contratura unilateral do músculo esternocleidomastoideo (na maioria das vezes), levando à deformidade do pescoço, tipicamente com flexão lateral homolateral e rotação cervical contralateral à lesão.^{1,2}

O exame físico osteoarticular deve ser realizado nas consultas de Puericultura de maneira detalhada e minuciosa, desde o período neonatal. É um instrumento de grande valia para o pediatra, que, em conjunto com as queixas trazidas pelos pais, permite identificar agravos e alterações em momento oportuno, visando intervenção precoce e minimizando consequências deletérias para o desenvolvimento da criança.¹

Na infância, o torcicolo pode ocorrer de maneira congênita ou adquirida e, caso não seja adequadamente conduzido, pode levar a deformidades permanentes, alterações estéticas e prejuízo na qualidade de vida das crianças.³⁻⁵

O torcicolo muscular congênito é o mais comum na faixa etária pediátrica. Manifesta-se normalmente no período neonatal, entre duas e quatro semanas de vida. É uma das doenças congênitas mais comuns na Pediatria (com incidência de 1 a cada 250 nascidos vivos) e sua etiologia ainda não está completamente estabelecida. Há diversas causas descritas: quando ocorre desde o nascimento, acredita-se que seja decorrente de traumas relacionados ao parto e à gestação, como um mau posicionamento no útero, um trauma cervical durante o trabalho de parto com obstrução de fluxo sanguíneo ao músculo esternocleidomastoideo, além de um processo inflamatório com posterior fibrose muscular e cicatrização, levando ao encurtamento muscular. Existe correlação do torcicolo congênito com a apresentação pélvica do feto, com as distocias no parto e com a displasia do desenvolvimento do quadril.^{2,5-8}

Diagnóstico clínico

O diagnóstico é clínico, por meio da anamnese detalhada e exame físico osteoarticular minucioso, no qual nota-se limitação na movimentação do pescoço, com inclinação da cabeça ipsilateral e rotação contralateral ao músculo comprometido, mais frequentemente (2/3 dos casos) à direita. Além disso, observa-se assimetrias da face e do crânio (plagiocefalia), que são achados mais comuns em lactentes acima de um ano.

Outro achado clínico é a presença de um nódulo intramuscular (tumor olivar), palpável na porção média da musculatura acometida, que regride espontaneamente. No período neonatal, este nódulo é incomum, além da mobilidade da coluna cervical ser normal, o que dificulta o diagnóstico precoce. O torcicolo congênito pode levar à assimetria facial, sendo este um dado clínico que possibilita o diagnóstico diferencial do torcicolo adquirido, por ser um achado incomum.^{9,10}

Como exame complementar, é válido solicitar a radiografia de coluna cervical em anteroposterior e perfil, principalmente quando a mobilidade é prejudicada, para descartar a existência de outras condições clínicas, como um defeito ósseo congênito.¹

Como diagnóstico diferencial, quando a mobilidade do pescoço é preservada no torcicolo, devemos lembrar da doença do refluxo gastroesofágico, chamado de síndrome de Sandifer. Outros torcicolos que ocorrem na infância são de etiologia inflamatória (linfadenite e inflamações articulares), traumas na coluna cervical, doenças reumatológicas, tumores ósseos e de sistema nervoso.^{1,3,4}

Tratamento

Assim que reconhecido, o torcicolo deve ser prontamente tratado. As intervenções de primeira linha incluem uma combinação de mudanças no posicionamento e manuseio da criança, adaptações ambientais e fisioterapia, que idealmente deve ser de forma intensiva, pois é o tratamento mais eficaz descrito na literatura, além do encaminhamento ao ortopedista para seguimento médico em conjunto. Recomenda-se avaliação clínica frequente, a cada duas ou, no máximo, quatro semanas.^{2,11}

O objetivo no tratamento do torcicolo muscular congênito é a obtenção da posição da cabeça em linha média, com postura simétrica e adequada habilidade motora, além de prevenção das assimetrias craniofaciais e de restrições de amplitude de movimentação cervical. O recomendado é a realização de fisioterapia diariamente e, na impossibilidade de realização de sessões frequentes, devemos orientar os cuidadores para realização de exercícios e alongamento em casa, pois há melhora quando os pais realizam as orientações motoras.¹⁻⁴

Durante as consultas de Puericultura, é importante salientar para a família sobre a orientação postural da coluna

cervical. Explicar sobre os malefícios da cabeça inclinada para o lado do torcicolo e reforçar que a estimulação do lactente deve ser feita com movimentos ativos no lado do acometimento muscular.

Há fatores que contribuem para piora da assimetria, como: falta de posicionamento em decúbito ventral (sob supervisão), tempo excessivo em cadeirinha ou bebê conforto, não fazer alternância entre os lados durante a amamentação e do crânio durante o sono, entre outros. Os cuidados de posicionamento da criança pelos pais favorecem o alongamento e o fortalecimento da musculatura.^{1,2}

O início precoce do tratamento melhora sua eficácia. Com a fisioterapia, de 90 a 95% das crianças tem melhora no primeiro ano de vida e a taxa de sucesso é maior quanto mais precoce e intensa ela for. Além disso, podem ser indicados os capacetes quando houver plagiocefalia, com boa resposta. Apesar do tratamento conservador trazer bons resultados, alguns casos podem precisar de cirurgia, que é indicada quando há uma deformidade craniana muito exuberante e uma limitada movimentação do pescoço refratários ao tratamento clínico. A cirurgia ortopédica tem melhores resultados acima dos três a quatro anos de idade, devendo ser mantida a fisioterapia no pós-operatório e em alguns raros casos há necessidade de órtese.^{2,10-14}

Quando o diagnóstico é tardio, há deformidades que podem se tornar permanentes, com desenvolvimento de escolioses e dores crônicas. A maioria dos casos de torcicolo muscular congênito se resolve após quatro a cinco meses de intervenções de primeira linha.²⁻⁴

As consequências do torcicolo congênito são a assimetria craniana e dos ossos faciais, uma vez que a criança tende

a preferir dormir na posição prona, pelo encurtamento do músculo unilateral. O problema é que, em longo prazo, o remodelamento ósseo pode ocasionar uma plagiocefalia ou hemi-hipoplasia facial, ocasionando deformidades e anormalidades que levam à limitação funcional.^{10,12-14}

O acompanhamento em longo prazo deve ser realizado de maneira multidisciplinar, com intuito de vigilância no desenvolvimento para prevenção de assimetrias e deficiências na função motora da criança.¹⁴

**Médica pediatra do Hospital das Clínicas na FMB-Unesp. Membro do Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial e Cuidados Primários da Sociedade de Pediatria de São Paulo.*

***Médica pediatra formada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Presidente do Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial e Cuidados Primários da Sociedade de Pediatria de São Paulo.*

Referências

1. Rocha LR, Cunha LA. Doenças e problemas da coluna em desenvolvimento. In: Sociedade Brasileira de Pediatria, editor. Tratado de Pediatria. 5ª ed. Barueri (SP): Manole; 2022. p.113-25.
2. Pagnossim LC, Schmidt AF, Bustorff-Silva JM, Marba ST, Sbragia L. Congenital torticollis: evaluation of two physiotherapeutic approaches. Rev Paul Pediatr. 2008;26:245-50.
3. Chandler FA, Altenberg A. Congenital muscular torticollis. JAMA. 1944;125:476-83.
4. Cheng JC, Au AW. Infantile torticollis: a review of 624 cases. J Pediatric Orthop. 1994;14:802-8.
5. Cheng JC. Congenital muscular torticollis. J Pediatric Surg. 2000;35.
6. Davids JR, Wenger DR, Mubarak SJ. Congenital muscular torticollis: sequela of intrauterine or perinatal compartment syndrome. J Pediatr Orthop. 1993;13:141-7.
7. Nové-Josserand G, Viannay C. Pathogénie du torticollis congénital. Rev d'Orthop. 1906;7:397.
8. Middleton DS. The pathology of congenital torticollis. Br J Surg. 1930;18:188-204.
9. Wei JL, Schwartz KM, Weaver AL, Orvidas LJ. Pseudotumor of infancy and congenital muscular torticollis: 170 cases. Laryngoscope. 2001;111:688-95.
10. Wolfort FG, Kanter MA, Miller LB. Torticollis. Plast Reconstr Surg. 1989;84:682-92.
11. Pizzutillo PD, Hummer CD. Nonoperative treatment for painful adolescent spondylolysis or spondylolysis. J Pediatr Orthop. 1989;9:538-40.
12. Fielding JW, Hawkins RJ. Atlanto-axial rotatory fixation. J Bone Joint Surg Am. 1997;59:37-44.
13. Hollier L, Kim J, Grayson BH, McCarthy JG. Congenital muscular torticollis and the associated craniofacial changes. Plast Reconstr Surg. 2000;105:827-35.
14. Emery C. The determinants of treatment duration for congenital muscular torticollis. Phys Ther. 1994;74:921-9.



ACESSE O SITE DA REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA



rpped.com.br

Torcicolo: atenção à postura

Ellen de Oliveira Goiano* e Miguel Akkari**

O torcicolo pode ser de origem congênita ou adquirida e caracterizado como doloroso ou não. Classicamente, a definição de torcicolo é uma combinação de inclinação da cabeça com uma deformidade rotatória. Normalmente, o componente rotatório indica uma alteração entre as vértebras C1 e C2, uma vez que cerca de 50% da rotação da coluna cervical ocorre nessa articulação. Nas deformidades com inclinação isolada da cabeça, devemos pensar em uma alteração mais generalizada da região.

Nos casos de torcicolo congênito, usualmente não dolorosos, encontramos o torcicolo ocular, que decorre de um problema oftalmológico (ver texto Torcicolo de origem ocular na criança: como diferenciar?). Além disso, temos os torcicolos por deformidades vertebrais, decorrentes de malformações congênitas da coluna vertebral, como é o caso da síndrome de *Klippel-Feil*, e o mais frequente de todos: o torcicolo muscular congênito.

Torcicolo muscular congênito

O torcicolo muscular congênito decorre de uma degeneração fibrosa do músculo esternocleidomastoideo (ECM), notada no período neonatal ou na fase de lactação. A criança apresenta a cabeça inclinada em direção ao músculo acometido e rodada para o lado oposto. Podemos identificar uma nodulação intramuscular ou o espessamento do ECM. Dentre as possíveis etiologias, cita-se a restrição de movimento fetal no ambiente uterino e apresentação pélvica.¹ Sua incidência está em torno de 1:250 recém-nascidos e devemos lembrar que existe uma estreita correlação entre o torcicolo congênito e a displasia do desenvolvimento do quadril.² O tratamento é feito com manipulações, fisioterapia e correções posturais, podendo em alguns casos evoluir para tratamento cirúrgico.

Dentre as causas adquiridas e dolorosas de torcicolo na infância, a condição mais comum é a subluxação rotatória atlantoaxial (SRAA), mais conhecida como Síndrome de Grisel. Com relativa frequência, ela está associada à infecção de vias aéreas superiores ou orofaríngeas nas crianças, provocando dor à manipulação cervical.^{3,4} O mecanismo patológico da SRAA, provavelmente, está relacionado à inflamação dos tecidos cervicais adjacentes. Uma conexão direta entre o plexo da veia periodontal e das veias faringo-vertebrais propicia o transporte hematogênico de bactérias para a coluna cervical superior, causando uma hiperemia

inflamatória e consequentemente a frouxidão ligamentar na articulação atlantoaxial, o que provoca o torcicolo ou, em algumas situações, uma deformidade fixa.^{5,6} A síndrome de Grisel (Figura 1) também pode ter origem traumática, geralmente após mecanismos rotacionais, causando uma subluxação ou dobraduras dos meniscos intervertebrais, permanecendo esses interpostos nas articulações atlantoaxial ou atlanto-occipital.^{7,8}



Fonte: Arquivo dos autores.

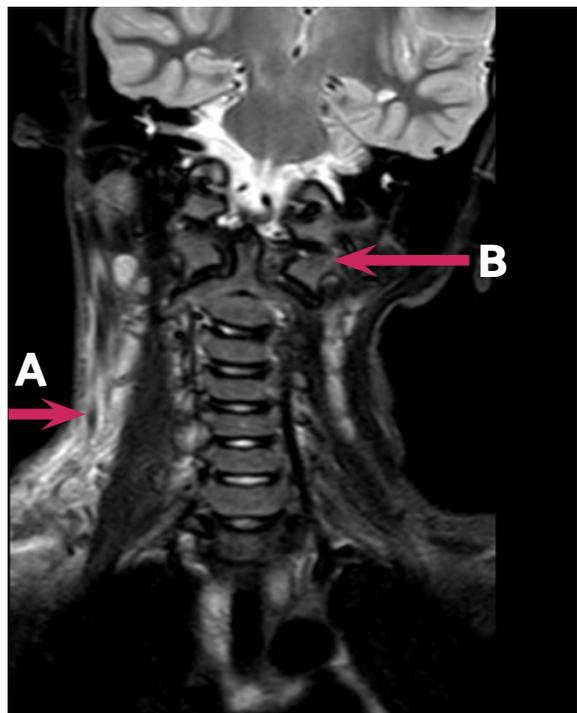
Figura 1 - Radiografia em perfil da coluna cervical em paciente de 11 anos com Síndrome de Grisel. É possível observar o aumento do intervalo atlantodental (C1-C2).

Quadro clínico

O quadro clínico é uma cervical dolorosa à movimentação e à inclinação, o pescoço fica inclinado para o lado doloroso e o queixo direcionado para o lado contralateral. A deformidade se deve a uma posição antálgica, sendo muito rara a posição fixa.

A documentação radiográfica completa não é mandatória se a apresentação clínica for típica. Radiografias da co-

luna cervical e da junção occipitocervical são muitas vezes de difícil interpretação. A inclinação da cabeça, juntamente com a incapacidade de posicionar o paciente confortavelmente, dificulta a avaliação da área e atrasa o diagnóstico.⁸ Nas radiografias de perfil, um aumento do intervalo atlantodental demonstra a subluxação. Tomografia e ressonância magnética são mais precisas, tendo maior indicação nos casos traumáticos e em casos refratários ao tratamento clínico (Figura 2).



Fonte: Arquivo dos autores.

Figura 2 - Ressonância magnética em corte coronal do mesmo caso da Figura 1, evidenciando o abscesso faríngeo associado (A) e o alargamento lateral entre o processo odontoide e o corpo de C1 (B).

As formas mais leves podem se resolver espontaneamente, à medida que o processo inflamatório regride. Caso esteja presente, o tratamento do processo infeccioso associado à analgesia e/ou imobilização cervical é indicado. Nos casos mais graves, realiza-se, em ambiente hospitalar, uma analgesia mais intensiva, com relaxantes musculares e tração por halo gesso.

O diagnóstico diferencial nesses casos deve incluir: torcicolo neurogênico (malformação de Arnold-Chiari, sirinngomielia e tumores do sistema nervoso central); infecções bacterianas (abscesso linfático, faríngeo, discite ou osteomielite vertebral); artrite reumatoide juvenil, calcificação do disco intervertebral e, em última análise, a Síndrome de Sandifer (torcicolo associado ao refluxo gastroesofágico) e o torcicolo paroxístico benigno da infância,¹⁰ como diagnóstico de exclusão.

Como vimos, as causas de torcicolo são muito variadas e devemos insistir na elucidação diagnóstica. O tratamento depende da causa primária em questão, passando por

analgesia, pela imobilização com colar cervical ou halo gesso até o realinhamento cirúrgico e artrodese, nos casos mais graves e persistentes.¹¹

*Mestre pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Coordenadora da Residência Médica de Ortopedia e Traumatologia do Conjunto Hospitalar do Mandaguá - CHM.

**Doutor em Medicina pela Faculdade de Ciências Médicas Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Presidente do Departamento Científico de Ortopedia da Sociedade de Pediatria de São Paulo.

Referências

- Ling CM. The influence of age on the results of open sternomastoid tenotomy in muscular torticollis. *Clin Orthop*. 1976;116:142-8.
- Morrison DL, MacEwen GD. Congenital muscular torticollis: observations regarding clinical findings, associated conditions, and results of treatment. *J Pediatr Orthop*. 1982;2:500-5.
- Keuter EJ. Non-traumatic atlanto-axial dislocation associated with nasopharyngeal infections (Grisel's disease). *Acta Neurochir (Wien)*. 1969;21:11-22.
- Wetzell FT, La Rocca H. Grisel's syndrome. *Clin Orthop*. 1989;240:141-52.
- Parke WW, Rothman RH, Brown MD. The pharyngovertebral veins: an anatomical rationale for Grisel's syndrome. *J Bone Joint Surg Am*. 1984;66:568-74.
- Matheron GW, Batzdorf U. Grisel's syndrome. Cervical spine clinical, pathologic, and neurologic manifestations. *Clin Orthop Relat Res*. 1989;244:131-46.
- El-Khoury GY, Clark CR, Gravett AW. Acute traumatic rotatory atlanto-axial dislocation in children. A report of three cases. *J Bone Joint Surg Am*. 1984;66:774-7.
- Kawabe N, Hirotsani H, Tanaka O. Pathomechanism of atlantoaxial rotatory fixation in children. *J Pediatr Orthop*. 1989;9:569-74.
- Phillips WA, Hensinger RN. The management of rotatory atlanto-axial subluxation in children. *J Bone Joint Surg Am*. 1989;71:664-8.
- Casella LB, Casella EB, Baldacci ER, Ramos JL. Benign paroxysmal torticollis of infancy: diagnosis and clinical evolution of six patients. *Arq Neuropsiquiatr*. 2006;64:845-8.
- Fielding JW, Hawkins RJ. Atlanto-axial rotatory fixation. (Fixed rotatory subluxation of the atlanto-axial joint). *J Bone Joint Surg Am*. 1977;59:37-44.



belchonock | depositphotos.com

Torcicolo de origem ocular na criança: como diferenciar?

Iara Debert* e Marcia Keiko Uyeno Tabuse**

O torcicolo, também conhecido como posição anômala da cabeça, ocorre quando a criança apresenta a cabeça posicionada de forma não habitual. Manifesta-se, mais frequentemente, das seguintes formas:

- Cabeça rodada para um dos lados.
- Cabeça inclinada em direção a um dos ombros.
- Elevação do queixo com a cabeça voltada para trás.
- Abaixamento do mento em direção ao peito.

A origem da posição anômala da cabeça pode ter diversas causas, incluindo as afecções do sistema visual. Sempre que o pediatra não encontra uma causa evidente para o torcicolo, a avaliação oftalmológica deve ser solicitada para que seja feita a pesquisa de doenças oculares associadas. A criança pode manifestar essa posição de forma constante ou só durante as atividades de maior esforço visual. Embora algumas crianças manifestem o torcicolo durante todas as suas atividades, essa posição se acentua em condições relacionadas à maior concentração visual.¹

As principais causas pesquisadas pelo oftalmopediatra são estrabismo, nistagmo, erro refrativo, blefaroptose e redução do campo visual. Vamos explorar cada uma delas.

Estrabismo

Algumas crianças apresentam uma forma de estrabismo (ausência de alinhamento entre os olhos) que se modifica de acordo com a posição do olhar. Muitas vezes,

sem perceber, a criança desvia a cabeça de modo a colocar os olhos na posição que proporciona melhor alinhamento dos mesmos, e assim, melhor qualidade de visão. Às vezes, essa posição é a única em que os olhos se mantêm alinhados. Assim, o torcicolo pode ser mais evidente que o estrabismo.

Crianças que nascem com paresia de IV nervo craniano (troclear) fazem inclinação da cabeça desde cedo, o que pode ser confundido com torcicolo congênito ortopédico. É muito importante que se faça uma avaliação oftalmológica antes de se indicar a cirurgia no pescoço. Como no caso abaixo, em que o pai notou que a criança não inclinava a cabeça ao dormir, o que fez os pais suspenderem a cirurgia e procurar um oftalmologista que constatou a paresia de IV nervo do lado direito (Figura 1).

Nistagmo

Alguns tipos de nistagmo (movimentos oculares involuntários) também podem variar de acordo com a posição do olhar. A intensidade, amplitude e frequência do movimento ocular diminuem em algumas posições ou o nistagmo pode até desaparecer. Assim, a criança procura mover a cabeça para buscar essa posição, na qual é possível enxergar melhor. Como o nistagmo desaparece nessa posição, pode não ser notado, a não ser que a cabeça seja posicionada adequadamente na posição em frente.



Figura 1 - Fotos de lactente com cabeça inclinada para o ombro esquerdo. Na inclinação oposta, o olho direito sobe e o olho esquerdo desce, gerando uma diplopia vertical que incomoda muito a criança.

Erro refrativo

Crianças que apresentam erro refrativo (grau para óculos), principalmente quando há graus elevados, podem desviar a cabeça para buscar uma posição em que o erro refrativo não corrigido deixe de atrapalhar tanto a qualidade da visão. Com o uso dos óculos, fica evidente a melhora do torcicolo.

Blefaroptose

Quando a blefaroptose (pálpebra caída) acomete a região próxima ao eixo visual central, há acometimento da qualidade da visão e a criança pode adotar uma posição de cabeça com elevação do queixo. Assim, a borda da pálpebra não atrapalha tanto a visão central e a criança consegue enxergar com mais nitidez.²



Campo visual

Quando existe uma redução de campo visual, a criança tende a colocar o campo residual em frente. Por exemplo, no caso da criança abaixo com hemianopsia homônima à esquerda, que preferia assistir televisão girando a cabeça para o lado esquerdo, colocando o campo visual residual em frente (Figura 2). Nesses casos, orientamos que a televisão ou a lousa sejam sempre colocadas no lado do campo visual residual para que a criança não tenha que girar a cabeça.



Fonte: Arquivo de Marcia Keiko Uyeno Tabuse.

Figura 2 - Hemianopsia homônima à esquerda com face girada para esquerda para olhar em frente com o campo visual residual.

Quando o torcicolo é de origem ocular, é importante orientar a família sobre o impacto dessa posição específica da cabeça no sistema visual e não se deve insistir para que a criança corrija a posição cefálica. Muitas vezes, a cabeça é mantida em determinada posição anômala para obter melhor visão. Enquanto se aguarda o tratamento definitivo, a criança não deve ser desencorajada a adotar essa posição, mesmo que tenha que desviar bastante a cabeça para ver melhor.

A maioria dos casos de torcicolo de causa ocular tem tratamento. Cirurgia nos músculos oculares para correção de estrabismo ou nistagmo, cirurgia nas pálpebras para correção de blefaroptose, prescrição de óculos e uso de prismas (lentes que desviam a posição da imagem) são as principais opções de tratamento.^{1,2}

**Médica Assistente do Departamento de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Membro do Departamento Científico de Oftalmologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo.*

***Fellowship em Oftalmopediatria na Unifesp e no Doheny Eye Institute USC. Presidente do Departamento Científico de Oftalmologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo.*

Referências

1. Lambert SR, Lyons CJ, editors. Taylor and Hoyt's Pediatric ophthalmology and strabismus. Elsevier Health Sciences; 2016.
2. Wright KW, Spiegel PH. Pediatric ophthalmology and strabismus. Springer Science & Business Media; 2013.



eu **cuido**
eu **confio**
eu **vacino**



abril azul

SOCIEDADE DE
PEDIATRIA
DE SÃO PAULO

CONFIANÇA NAS VACINAS

A imunização é das mais importantes e
igualitárias entre todas as ações de saúde.

Abril Azul - Confiança nas vacinas
Campanha da Sociedade de Pediatria de São Paulo





SOCIEDADE DE
PEDIATRIA
DE SÃO PAULO

DEPRESSÃO

entre crianças e adolescentes

MAIO AMARELO

pare . observe . acolha

A depressão não deixa de existir porque não se fala sobre o assunto. Ela acontece independente de sexo, idade ou condição socioeconômica.

Reconhecer a depressão na infância e na adolescência é difícil, mas você pode pedir ajuda especializada.

MAIO AMARELO | PARE • OBSERVE • ACOLHA

Campanha da Sociedade de Pediatria de São Paulo
pela prevenção da depressão entre crianças e adolescentes.

