

Oftalmologia Pediátrica



A criança que pisca muito: o que pode ser? • Página 4

Alteração da visão de cores: do diagnóstico ao tratamento • Página 7

Torcicolo de origem ocular: como diferenciar? • Página 10

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 *Pediatra Atualize-se*
Antonio Carlos Pastorino
Mário Cícero Falcão

Departamento colaborador:
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
© kiankhoon
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

Oftalmologia Pediátrica

A Oftalmologia Pediátrica é a especialidade que avalia e trata a região dos olhos e seus anexos em bebês, crianças e adolescentes.

Além de diagnosticar possíveis alterações visuais, essa especialidade avalia precocemente alterações que podem se tornar doenças futuras. Entretanto, é na consulta pediátrica que as queixas dos pais e a presença de sintomas e de queixas da própria criança aparecem. Assim, o pediatra deve ter conhecimento da Oftalmologia Pediátrica e estar atento a alterações de olhos e anexos para poder fazer o encaminhamento adequado e no tempo correto para o oftalmopediatra.

Neste número do boletim *Pediatra Atualize-se* temos três artigos elaborados por membros do Departamento Científico de Oftalmologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo, a saber:

1. *A criança que pisca muito: o que pode ser?* Essa é uma queixa frequente nos consultórios pediátricos e cuja etiologia é bastante diversa.

2. *Alteração da visão de cores: do diagnóstico ao tratamento.* Ante um paciente que apresenta alteração visual, alteração na visão de cores e fotofobia, deve-se considerar doenças oftalmológicas e neurológicas.

3. *Torcicolo de origem ocular: como diferenciar?* A posição anômala da cabeça pode ter diversas causas, incluindo as afecções do sistema visual.

Leiam com bastante carinho estes artigos que serão extremamente úteis na clínica pediátrica.

Boa leitura!



Mário Cícero Falcão
Editor da Diretoria de Publicações

Salvi Cruz

sumário

A criança que pisca muito: o que pode ser?	4
por Márcia Keiko Uyeno Tabuse	
Alteração da visão de cores: do diagnóstico ao tratamento	7
por Maria Fernanda Abalem e Rosa Maria Graziano	
Torcicolo de origem ocular: como diferenciar?	10
por Iara Debert	

A criança que pisca muito: o que pode ser?

Márcia Keiko Uyeno Tabuse*

A criança que pisca muito: essa é uma queixa frequente nos consultórios de pediatras e oftalmologistas e que levanta dúvidas quanto às possíveis causas. Seria urgente? Algo que devemos ou não fazer um exame mais minucioso?

Crianças de todas as idades podem apresentar esse sinal de piscar frequente e vai depender da idade, do momento de aparecimento e de outros sinais oculares para fazermos as hipóteses diagnósticas.

Durante a anamnese, perguntar sobre sintomas e sinais associados como hiperemia, lacrimejamento, secreção, prurido e se o piscar é bilateral ou não. Além disso, observar discretamente se a criança apresenta, além do piscar, outros tiques motores.

Lactentes

Lactentes que piscam frequentemente podem estar com sensação de “cisco” e ter lacrimejamento reflexo, hiperemia ocular e fotofobia. Perguntar sobre trauma com unha (a própria criança ao coçar o olho na hora do sono pode se arranhar), se caiu algo no olho - como corpo estranho ou alguma substância química. O lacrimejamento reflexo já ajuda a lavar e eliminar algum corpo estranho, mas se o sintoma persistir e a criança apresentar muita fotofobia, insistindo em manter o olho fechado, é importante exa-

minar com uma gota de colírio de proximetacaína e fluoresceína que irá corar alguma lesão na córnea (Figura 1). Nesses casos, a retirada do corpo estranho e oclusão por 24 horas trará alívio e ajudará a regeneração da córnea.

Lactentes com fotofobia intensa, lacrimejamento e piscar excessivo podem indicar distrofia na retina do tipo acromatopsia e distrofia de cones. O diagnóstico é feito com exames eletrofisiológicos da retina.

Outra causa mais benigna ocorre quando os cílios entram na parte interna das pálpebras, ou porque são muito longos ou quando existe um entrópio (pálpebras viradas para dentro). Nesses casos, uma inspeção minuciosa com lanterna pode detectar esses cílios e reposicioná-los (Figura 2).

De um a três anos

Crianças de um a três anos podem apresentar o piscar de um dos olhos, principalmente quando saem ao sol, sendo um indício de estrabismo intermitente, que descompensa na luminosidade do sol. Para o diagnóstico, basta fazer uma cobertura alternada dos olhos - com a criança fixando ao longe - e observar o desvio divergente, fazendo o diagnóstico de exotropia intermitente, que deverá ser tratada com oclusão por poucas horas ao dia, alternando os olhos, para evitar a supressão e ambliopia (Figura 3).

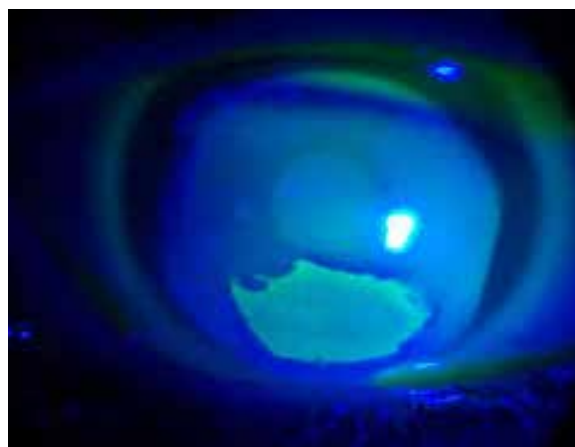


Figura 1
Úlcera traumática na córnea corada com colírio de fluoresceína.

Fonte: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional>.



Figura 2
Entrópio de pálpebra com cílios voltados para dentro.

Fonte: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-7280200900100010.

Ainda nessa faixa etária, é importante observar se a criança tem prurido associado ao piscar, pois os processos alérgicos causam sensação de desconforto e a criança pisca para melhorar. Ao exame da conjuntiva tarsal, evertendo as pálpebras é possível observar papilas e em alguns casos nódulos de trantas ao redor do limbo (Figura 4), que faz o diagnóstico de conjuntivite alérgica. Dependendo da gravidade do quadro alérgico, o uso de colírios anti-histamínicos e com corticoides são indicados.

De quatro a sete anos

Em crianças de quatro a sete anos que ficam muito tempo em telas e sem piscar na frequência adequada, os olhos secam e a sensação de areia e embaçamento provoca um piscar e lacrimejamento reflexos. Nesses casos é importante pedir aos pais que observem esse comportamento e falem para a criança não ficar tanto tempo em telas e sem piscar adequadamente. O uso de colírios lubrificantes reduz os sintomas com melhora do piscar reflexo.

Importante observar aparecimento de vesículas ao redor dos olhos que pode indicar uma primo-infecção por herpes simples com ceratite (lesão na córnea), visível ao exame de biomicroscopia (Figura 5).



Figura 3

Exotropia intermitente com desvio para longe.

Fonte: <https://sbop.com.br/exotropia>.



Figura 4

Nódulos de trantas no limbo.

Fonte: <https://tonello.med.br/alergias-oculares-e-conjuntivites-alergicas-diagnostico-e-tratamento>.

Idade escolar

Na idade escolar a criança pode notar embaçamento para longe e piscar constantemente na tentativa de “melhorar” a visão. Nesses casos a medida da acuidade visual para longe e perto podem indicar algum erro refracional que precisa ser corrigido. Importante questionar também sobre sintomas de astenopia como cefaleia no final do dia que melhora com descanso ocular, embaralhamento das letras após longo período de esforço visual para perto e letras com sombras.

Uma das principais causas do piscar constante nas crianças se refere ao tique unilateral ou bilateral, que pode ser desencadeado por estresse, fadiga, tédio ou ansiedade. É uma condição benigna que afeta duas vezes mais meninos do que meninas, iniciando por volta dos cinco anos de idade; 10 a 15% dos meninos entre cinco e 10 anos podem apresentar tique. História familiar e desordem obsessiva compulsiva, além de déficit de atenção podem estar associados. Quando a criança está atenta a uma leitura, jogos ou esportes, o tique reduz, e quando pedimos para ela parar, consegue por poucos minutos e depois libera novamente involuntariamente.

Outros tiques como chacoalhar a cabeça, barulhos com a boca e tosse para limpar a garganta podem estar associados ao piscar. Não existe causa neurológica e a cura é espontânea em semanas ou até anos, com aparecimento intermitente durante todo esse período. Após exame oftalmológico que comprove não ter causa ocular, orientamos os pais e a escola a não prestar atenção ao tique ou ficar repreendendo a criança, pois o piscar vai reduzir espontaneamente. Apenas os casos com suspeita de síndrome de Tourette, que além do piscar, apresentam tiques motores e vocais, hiperatividade motora, impulsividade e comportamento perturbador, devem ser encaminhados ao neuropediatra para diagnóstico e conduta.

**Mestrado e Doutorado em Oftalmologia pela UNIFESP. Fellowship em Oftalmopediatria na Unifesp e no Doheny Eye Institute USC California. Fellowship em Estrabismo na Universidade de Tokyo.*

Referências

1. Hoyt CS, Taylor D. Pediatric ophthalmology and strabismus. 4th ed. Elsevier; 2013.

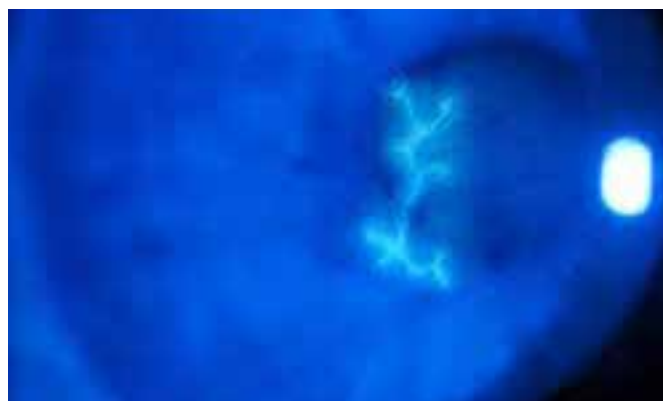


Figura 5

Ceratite por herpes corado com fluoresceína.

Fonte: <https://www.msmanuals.com/pt/profissional>.

ACESSE O SITE DA REVISTA PAULISTA DE PEDIATRIA



rpped.com.br

Alteração da visão de cores: do diagnóstico ao tratamento

Maria Fernanda Abalem* e Rosa Maria Graziano**

O conhecimento das doenças que podem acometer o olho e a visão, quando avaliar e o que observar permitem o diagnóstico e tratamento precoces e, com isso, contribuir para a prevenção da cegueira infantil. Neste texto abordaremos causas de alterações de visão de cores em crianças e como conduzir esses casos.

Caso clínico

Uma criança de cinco anos é levada ao oftalmologista pelos pais após encaminhamento pelo pediatra. Notaram que desde cedo tem sensibilidade à luz e apresenta discreto “tremor” nos olhos. A mãe refere pré-natal sem intercorrência. A criança nasceu de termo, sem complicações. Na maternidade e posteriormente, o teste do olhinho apresentou reflexo vermelho normal. Apresenta desenvolvimento motor e percentil para peso e altura adequados para a idade. No entanto, a criança apresenta dificuldade para acompanhar as atividades escolares e apresenta alguma dificuldade para identificar cores das suas roupas. A criança tem um irmão mais velho (oito anos) e os pais negam casos semelhantes na família.

No exame oftalmológico, a criança apresentou acuidade visual de 20/60 (letra de tamanho intermediário na tabela de acuidade visual) após correção com refração estática e objetiva (+1,50 dioptrias esféricas em ambos os olhos); motilidade ocular extrínseca sem alterações, exceto pela presença de nistagmo horizontal leve; e reflexos fotomotores (direto e consensual) reduzidos. No teste de Ishihara (teste de visão de cores) não acertou nenhuma prancha. Na biomicroscopia do segmento anterior não apresentou alterações. Na fundoscopia, observamos nervo óptico normocorado, mácula com brilho preservado, arcadas vasculares e periferia retiniana sem alterações. Não foram observadas lesões tumorais, lesões cicatriciais e sinais inflamatórios.

Investigação diagnóstica

Quando estamos diante de uma criança que apresenta baixa acuidade visual desde os primeiros anos de vida, acompanhada de alteração na visão de cores e fotofobia, devemos considerar doenças de origem oftalmológica e doenças de origem neurológica. Dentre as doenças oftalmológicas, devemos investigar daltonismo, neuropatias,

albinismo e distrofias hereditárias da retina. Neste caso, na consulta inicial, já podemos descartar algumas hipóteses diagnósticas. Com a realização da biomicroscopia do segmento anterior, podemos descartar a presença de albinismo, já que não observamos atrofia e transiluminação da íris. É importante ressaltar que nem sempre o fototipo de pele é suficiente para excluir o albinismo. É comum não percebermos uma pele mais clara em famílias de origem caucasiana, além da variedade de tipos de albinismo.¹

Com a realização da fundoscopia sob midríase, descartamos a presença de neuropatias anteriores, uma vez que a papila óptica estava normocorada. O daltonismo também pode ser afastado, uma vez que não cursa com fotofobia e nem redução da acuidade visual. O teste de Ishihara é capaz de identificar as pranchas, porém de forma específica. No entanto, não podemos ainda excluir neuropatias posteriores, as quais nem sempre apresentam alterações na papila óptica. Quando há suspeita de neuropatias posteriores, devemos prosseguir com avaliação neuropediátrica e exames de imagem, em especial a ressonância nuclear magnética. Neste caso, como não observamos outros sinais sistêmicos e neurológicos, optamos por expandir a investigação para distrofias retinianas.

As distrofias retinianas são um grupo heterogêneo de doenças hereditárias que podem ser subdiagnosticadas na infância e podem ocorrer como doenças isoladas ou associadas a *síndromes*. Do ponto de vista clínico, as distrofias retinianas que causam predominantemente alteração da visão de cores e fotofobia podem ser divididas em: acromatopsia, que é uma distrofia de cone de início precoce, causada por mutações nos genes *CNGB3* e *CNGA3*; distrofias de cones, que são distrofias que se manifestam um pouco mais tardiamente, causadas por mutações em diversos genes, como por exemplo o *KCNV2*; distrofia de cones-bastonetes, em que há degeneração de ambos os tipos celulares, porém com predomínio de degeneração de cones.

Existem formas de distrofias, como a amaurose congênita de Leber que pode acometer crianças desde o nascimento e, embora o sistema de bastonetes seja mais afetado do que o sistema de cones, é comum observarmos redução grave da visão central e fotofobia.

A acromatopsia se caracteriza por fotofobia, redução da visão central, redução da sensibilidade ao contraste e alteração na visão de cores.² O eletrorretinograma de campo total (ERGct) apresenta alterações predominantes na expressão dos cones. O déficit funcional está confinado no sistema fotópico, mas algumas formas podem tardiamente apresentar disfunção associada dos bastonetes. Geralmente se apresenta nos primeiros anos de vida e a criança é incapaz de distinguir qualquer tom de cor. Na distrofia de cones (não acromatopsia), o início dos sintomas costuma surgir na fase escolar. A criança apresenta alteração da visão de cores, porém, na maioria dos casos, é capaz de distinguir alguns tons. Nesses casos, a redução da visão central e a fotofobia são mais evidentes. Na distrofia cone-bastonete, o início dos sintomas também costuma ser na fase escolar e a criança manifesta algum déficit de visão noturna e de campo visual pericentral, além da redução da visão central, fotofobia e alteração da visão de cores.

A criança do nosso caso clínico apresenta fotofobia, redução da visão central e ausência da visão de cores, indicando o diagnóstico de acromatopsia. Nesses casos, o exame de fundo de olho na fase inicial da doença apresenta aspecto normal. Evolui para atrofia do epitélio pigmentado da mácula, com aspecto de “bronze batido” e atrofia retiniana. O campo visual pode apresentar escotoma central e a periferia ser normal. No entanto, por ser um exame dinâmico e subjetivo, não é confiável em crianças menores de 10 anos.⁴ O ERGct pode ser normal nos estágios iniciais, mas na maioria dos casos já se apresenta reduzido ou extinto nas fases fotópicas (sistema de cones), com relativa preservação nas fases escotópicas (sistema de bastonetes). É importante ressaltar que o ERGct é uma excelente ferramenta para o diagnóstico da doença; no entanto, pela sua alta variabilidade entre exames, não é utilizado para acompanhamento da doença.

O diagnóstico de acromatopsia poderá ser confirmado com exames funcionais, como o ERGct e o campo visual manual; exames estruturais, como tomografia de coerência óptica e autofluorescência e teste genético, que poderá confirmar a presença de variantes patogênicas em algum gene associado à acromatopsia. Na ausência de alterações nestes exames, é necessário afastar as lesões do sistema nervoso central, de acordo com a propedêutica apropriada.

Conduta

Diante da suspeita de acromatopsia, realizamos os seguintes exames complementares:

- ERGct: é um método para testar respostas elétricas das células da retina. É indicado em crianças com baixa acuidade visual, sem lesões oculares evidentes e permite o diagnóstico diferencial entre defeitos funcionais de origem retinianas e defeitos de origem neurológica. O ERGct também permite explorar a resposta isolada de cones e bastonetes, auxiliando no diagnóstico entre os diversos tipos de distrofias. Na acromatopsia, ele é um exame diferencial, pois mostra ausência de resposta convencional de cones (fase fotópica), enquanto a resposta de bastonetes (fase escotópica) é relativamente normal.³
- Tomografia de coerência óptica: é um exame não invasivo que avalia a estrutura macular com cortes transversais. Em pacientes com acromatopsia observa-se atenuação do segmento externo dos fotorreceptores (zona elipsoide) ou até mesmo, em casos clássicos, uma descontinuidade focal e subfoveal desse segmento. Neste paciente, observamos atenuação da zona elipsoide de forma bilateral e simétrica³ (Figura A).
- Autofluorescência: é um exame estrutural capaz de detectar áreas de atrofia e depósitos de lipofuccina na retina. É um exame que se mostra precocemente alterado, mesmo em casos em que as lesões no fundo de olho não são evidentes. Em pacientes com acromatopsia, apresenta um sinal de hiperautofluorescência foveal, que é bem característico da doença (Figura B).
- Teste genético: é utilizado para confirmação diagnóstica e, quando positivo, permitir aconselhamento genético preciso, estimar prognóstico e apontar se existe alguma terapia aprovada ou estudo clínico em andamento para a determinada condição. Neste caso, foi optado pelo sequenciamento de nova geração de genes selecionados (painel), em que foram encontradas variantes patogênicas no gene *CNGB3* em homozigose.
- Avaliação de visão subnormal: é o processo de observação do desempenho visual da criança com avaliação do nível de desenvolvimento global, principalmente a forma como o paciente utiliza a visão residual para se locomover, interagir com pessoas e objetos. Nos casos de acromatopsia, o controle da iluminação é de

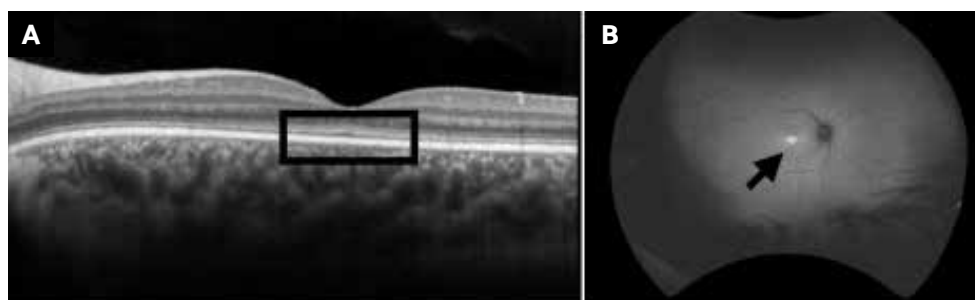


Figura A

Atenuação da zona elipsoide de forma bilateral e simétrica.

Figura B

Sinal de hiperautofluorescência foveal.

Fonte: Arquivo de Maria Fernanda Abalem.



marisa_sias | pixabay.com

grande importância, podendo ajudar na fotofobia e baixa sensibilidade de contraste. As crianças podem se beneficiar com lentes filtrantes tanto em condições fotópicas e escotópicas. Estas lentes são usadas para a redução da quantidade de luz que penetra nos olhos, proteção às radiações ultravioleta e infravermelho e luz visível, aumento do contraste e redução do ofuscamento. As lentes filtrantes âmbar, marrom ou cinza são indicadas nas distrofias retinianas e comprometimento de vias ópticas. Outros auxílios ópticos e não ópticos também podem ser empregados, como: lupas e telulupas para ampliação, condensação ou reposicionamento das imagens retinianas; material didático com letras maiores e mais grossas; otimização do contraste, interpondo uma folha amarela sobre o texto para facilitar a leitura; teclados ampliados, monitores maiores, programas que fazem a leitura ou controlam ampliação, contraste, brilho e cor conforme as necessidades individuais.

- **Aconselhamento genético:** por ser uma doença de herança autossômica recessiva, há 25% de chance do paciente ter irmãos afetados e menos de 1% de chance de ter filhos com essa doença, considerando a mãe não portadora da doença.

Perspectivas futuras

A acromatopsia é uma doença genética, de herança autossômica recessiva, de caráter progressivo e até o presen-

te momento não tem tratamentos aprovados. No entanto, já existem estudos em andamento envolvendo terapia gênica para o tratamento de acromatopsia causada por variantes patogênicas nos genes *CNGB3* e *CNGA3*.⁵ Mutações no gene *CNGB3* são responsáveis por 50% dos casos de acromatopsia, enquanto mutações no gene *CNGA3* são responsáveis por 25% dos casos. Todos os estudos estão em fase II e prometem reduzir a fotofobia, melhorar a visão central e reduzir a progressão da doença. Uma vez que essas terapias são gene específicas, para realização é essencial a confirmação de variantes patogênicas em um desses genes.

* Professora Assistente da Universidade de Michigan. Médica Assistente do Kellogg Eye Center, Universidade de Michigan. Médica Assistente da Divisão de Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da FMUSP. Pós-doutora pela Universidade de Michigan. Doutora em Oftalmologia pela Universidade de São Paulo.

** Departamento Científico de Oftalmologia da SPSP. Doutora em Oftalmologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Ex-Presidente do Departamento de Oftalmologia Pediátrica da SPSP. Ex-Presidente da Soc. Bras. de Oftalmologia Pediátrica do Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Médica Assistente da Divisão de Clínica Oftalmológica do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Referências

1. Abalem MF, Rao PK, Rao RC. Nystagmus and platinum hair. *Jama*. 2018;319:399-400.
2. Alahmadi BO, Omari AA, Abalem MF, et al. Contrast sensitivity deficits in patients with mutation-proven inherited retinal degenerations. *BMC Ophthalmol*. 2018;18:313.
3. Tsui E, Schempf TA, Besirli CG, et al. Imaging and testing in pediatric retina: a current review of the literature. *Int Ophthalmol Clin*. 2019;59:15-37.
4. Dedania VS, Liu JY, Schlegel D, et al. Reliability of kinetic visual field testing in children with mutation-proven retinal dystrophies: implications for therapeutic clinical trials. *Ophthalmic Genet*. 2018;39:22-8.
5. Bakall B, Hariprasad SM, Klein KA. Emerging gene therapy treatments for inherited retinal diseases. *Ophthalmic Surg Lasers Imaging Retina*. 2018;49:472-8.

Torcicolo de origem ocular: como diferenciar?

Iara Debert*

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 acentua-se em condições relacionadas a maior concentração visual.¹

As principais causas pesquisadas pelo oftalmopediatra são estrabismo, nistagmo, erro refrativo e blefaroptose, que veremos a seguir.

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 olhos, e assim, melhor qualidade de visão. Essa posição, às vezes, é a única em que os olhos se mantêm alinhados. Assim, o torcicolo pode ser mais evidente que o estrabismo.

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, onde 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.

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 não atrapalhe 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, principalmente com elevação do queixo. Assim, a borda da pálpebra não atrapalha tanto a visão central e a criança consegue enxergar com mais nitidez.²

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 da cabeça. 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}

Assim, as afecções do sistema visual devem ser lembradas como diagnósticos diferenciais importantes frente a uma criança com torcicolo de etiologia a esclarecer. A avaliação oftalmológica permite a pesquisa de doenças oculares associadas, complementando a investigação da criança com torcicolo.

*Doutorado em Oftalmologia pela FMUSP. Pós-Doutorado em Estrabismo pela Strabismus Research Foundation, São Francisco, EUA. Médica assistente do Departamento de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Referências

1. Lambert SR, Lyons CJ. 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.



Primeiros

mil dias
pelo futuro das crianças!

FEVEREIRO SAFIRA

Sociedade de Pediatria de São Paulo

Os primeiros mil dias são fundamentais para que a criança possa atingir o seu potencial máximo de crescimento e desenvolvimento na vida adulta

Fevereiro Safira – Primeiros mil dias pelo futuro das crianças.
Uma campanha da Sociedade de Pediatria de São Paulo





bork | depositphotos.com

Atenção ao cuidado do bebê



prematururo

Sociedade de Pediatria de São Paulo

MARÇO LILÁS

MARÇO LILÁS ATENÇÃO AO CUIDADO DO BEBÊ PREMATURO

Campanha da Sociedade de Pediatria de São Paulo para destacar a importância do seguimento diferenciado para os bebês prematuros

