

## ***Exame oftalmológico do recém-nascido no berçário: uma rotina necessária***

*Ophthalmological examination in newborns: a necessary routine*

**Rosa Maria Graziano\***

Uma boa acuidade visual é importante no desenvolvimento físico e cognitivo normal da criança. Um objeto, mesmo quando não é visto, existe e é reconhecido de forma diferente por crianças com acuidade visual normal e deficiente. O desenvolvimento motor e a capacidade de comunicação são prejudicados na criança com deficiência visual porque gestos e condutas sociais são aprendidos pelo *feedback* visual<sup>1</sup>.

O diagnóstico precoce de doenças que determinam prejuízo visual permite um tratamento efetivo, e quando não é possível tratar a doença ou a lesão é cicatricial, a prescrição de auxílios óticos e um programa de estimulação visual precoce permitem que a criança possa ter uma integração maior com seu meio.

O trabalho de Wasilewski e colaboradores tem o mérito de chamar a atenção para a importância do exame dos recém-nascidos (RN) no berçário. É fundamental que o pediatra seja orientado a incorporar o exame oftalmológico ao seu exame do RN, que “olhe o olho” como olha deformidades físicas ou realize uma manobra de Ortolani. O exame que Wasilewski e colaboradores realizaram poderia e deveria ser instituído em todo berçário, particularmente naqueles que não puderem contar com um oftalmologista que faça consultas rotineiras.

Uma lanterninha e um oftalmoscópio direto é tudo o que o pediatra necessitará para realizar o exame: a lanterna para o exame externo e pesquisa dos reflexos fotomotores, e o oftalmoscópio para pesquisa do reflexo vermelho simultâneo dos dois olhos (Bruckner Test). O exame deve ser feito na penumbra, com o oftalmoscópio colocado a aproximadamente 1 metro dos olhos da criança, observando-se o reflexo vermelho dos dois olhos simultaneamente. Se for notado um reflexo diferente entre os olhos ou a presença de opacidade, esta criança deverá ser avaliada pelo oftalmologista com urgência, pois pode ter uma catarata congênita, retinoblastoma ou mesmo grandes diferenças de refração entre os olhos<sup>2</sup>.

Os recém-nascidos geralmente não apresentam olhos alinhados nos primeiros dias de vida, pois o desenvolvimento da fixação monocular só está bem desenvolvida aos 2 meses, e a estereopsia ou visão binocular estará bem desenvolvida entre os 3 e 7 meses. Raramente a esotropia congênita tem seu diagnóstico feito antes dos 6 meses de vida<sup>3</sup>. Wasilewski e colaboradores encontraram o desvio dos olhos em convergência mais frequentemente (24%), não sendo o esperado para esta faixa etária, mas não significando que esta criança seja ou será estrábica. Sondhi e col., examinando 2.271 recém-nascidos nos primeiros dias de vida, observaram que aproximadamente 30% deles tinham olhos alinhados, 70% olhos divergentes, e menos que 1% olhos em convergência<sup>1</sup>.

O reflexo vermelho irá diagnosticar as doenças que comprometerem o eixo visual do olho, e o exame com a lanterna, a conjuntivite neonatal e o glaucoma congênito, deixando sem diagnóstico doenças graves. Um exame oftalmológico especializado, ainda no berçário, é recomendável nos RN que apresentaram trauma de parto, ou em crianças de famílias portadoras de retinoblastoma e outras doenças com transmissão genética. É imprescindível o exame no berçário em recém-nascidos prematuros e portadores de infecção congênita<sup>3</sup>.

O Prof. Dr. Renato Procianoy escreveu, em editorial desta revista, “*Infelizmente, em nosso meio, existem poucos serviços que se preocupam em rastrear adequadamente seus pacientes para o diagnóstico precoce da ROP. Esse procedimento deve ser estimulado de forma que menos crianças venham manifestar deficiências visuais secundárias a problemas neonatais*”. Suas recomendações de 1997 são atuais, pois a prevalência e a gravidade da retinopatia da prematuridade (RP) são maiores hoje<sup>4-6</sup>.

A RP é uma retinopatia proliferativa, com etiologia multifatorial, que compromete RN prematuros. Nos últimos anos, novas drogas e técnicas foram introduzidas no tratamento destas crianças, fazendo com que a mortalidade perinatal diminuísse, RN muito prematuros sobrevivessem, e a RP aumentasse em prevalência e gravidade proporcionalmente<sup>6</sup>.

---

***Veja artigo relacionado  
na página 209***

---

\* Doutora em Oftalmologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Médica Assistente do Dep. de Oftalmologia e Berçário Anexo à Maternidade – Hospital de Clínicas - FMUSP.

Deve ser avaliado no berçário todo RNPT com peso ao nascer inferior a 1.500g, principalmente os com peso inferior a 1.250g e/ou idade gestacional (IG) inferior a 34 semanas<sup>5</sup>. Os RNPT que permanecerem em ventilação mecânica por mais de 20 dias, independente da IG, devem ser avaliados também. O melhor momento para realizar o exame é controverso. Realizamos entre 4 e 6 semanas de vida e repetimos a cada 1 ou 2 semanas, até que a retina complete sua vascularização. Como os recém-nascidos com IG menor que 27 semanas ao nascer têm maior risco para RP, realizamos o primeiro exame com 30 semanas de IG corrigida, independente da idade cronológica. Palmer, para maximizar o diagnóstico, preconiza o exame entre 7 e 9 semanas de vida nos berçários em que apenas um exame pode ser realizado<sup>7</sup>.

As principais infecções congênitas com acometimento oftalmológico são a toxoplasmose, a rubéola e o citomegalovírus (CMV). O seu tratamento não depende dos achados do exame oftalmológico. O exame oftalmológico auxilia a diferenciar as condições citadas, bem como a orientar o seu tratamento, uma vez que as manifestações clínicas na maioria das vezes são semelhantes, e o tratamento inicial nem sempre suficiente.

A toxoplasmose é uma importante causa de baixa de visão em crianças. Mais de 82% dos indivíduos com infecção congênita, se não tratados durante o primeiro ano de vida, desenvolvem lesões coriorretinianas até a adolescência. O tratamento desses casos reduz para 58% a porcentagem de lesões coriorretinianas observadas<sup>8</sup>. É importante ressaltar que o cisto do toxoplasma pode romper tardiamente, e a criança não saber informar sobre a doença. Recomendamos o exame de toda criança, mesmo quando o exame do berçário é normal, com 3 e 6 meses, exames semestrais até os 3 anos, e a seguir, anualmente.

A infecção por CMV é muito comum na população geral e na maioria não acarreta lesão. Adquire importância clínica em imunodeprimidos e em RN infectados congenitamente. A infecção materna é subclínica em 90% dos casos. Aproximadamente 40% das mães com infecção primária transmitem para o feto, porém somente 10 a 15% têm a doença sintomática ao nascimento. A doença retiniana é

devastadora e deve ser tratada com ganciclovir endovenoso até a cicatrização das lesões retinianas, o que dificilmente acontece antes dos 4 meses de vida, quando a imunidade da criança estará melhor desenvolvida. Avaliamos os recém-nascidos com sorologia positiva para CMV semanalmente, no primeiro mês, e quinzenalmente até o quarto mês de vida.

Por fim, gostaria de sugerir que as sociedades de pediatria regionais ofereçam a seus associados cursos de oftalmologia para o pediatra, nos moldes em que a Sociedade de Pediatria de São Paulo promove desde 1998. Nesses cursos teórico-práticos, o pediatra aprende e é estimulado a introduzir na sua prática diária a avaliação de acuidade visual, a pesquisa do reflexo vermelho e de estrabismo com lanterna (teste de Hirschberg), bem como se conduzir nas emergências oftalmológicas.

### Referências bibliográficas

1. Wright KW, Spiegel PH. *Pediatric Ophthalmology and Strabismus*. 1ª ed. St Louis: Mosby Inc.; 1999.p.5-231.
2. Hoyt CS, Nickel BL, Billson FA. Ophthalmological examination of the infant: developmental aspects. *Surv Ophthalmol* 1982; 26:177-89.
3. Graziano RM. Exame oftalmológico: quando e como examinar a criança. *Revista Paulista de Pediatria* 2001;19:148-54.
4. Procianoy RS. Retinopatia da prematuridade: uma doença solicitando a atenção do neonatologista. *J Pediatr (Rio J)* 1997; 73:361-2.
5. Graziano RM, Leone CR, Cunha SL, Pinheiro AC. Prevalência da retinopatia da prematuridade em recém-nascidos de muito baixo peso. *J Pediatr (Rio J)* 1997; 73:377-82 .
6. Graziano RM, Leone CR, Francischini S, Zacharias LC, Sadeck LSR. Prevalência da retinopatia da prematuridade em recém-nascidos prematuros de muito baixo peso. Pôster apresentado no IV Congresso de Oftalmologia da USP – Novembro de 2001 e XVII Congresso Brasileiro de Perinatologia - Novembro de 2001.
7. Palmer EA. Optimal timing of examination for acute retrolental fibroplasia. *Ophthalmology* 1981;88:662-8.
8. Mets MB, Holfels ELS, Boyer KM, Swisher CN, Roizen N, Stein L, et al. Eye manifestations of congenital toxoplasmosis. *Am J Ophthalmol* 1996;122:309-24.