

Lacrimejamento no lactente — obstrução congênita do ducto nasolacrimal e glaucoma congênito

Como separar a obstrução do ducto nasolacrimal, benigna e quase sempre autolimitada, da dacriocistocele, da dacriocistite aguda e do glaucoma congênito, que ameaçam a visão, segundo a Nota Técnica SBOP/SBP e as referências internacionais

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

O lactente com **lacrimejamento e secreção desde as primeiras semanas, olho branco, córnea transparente e sem fotofobia** tem, quase sempre, **obstrução congênita do ducto nasolacrimal**, com **resolução espontânea em cerca de 96% antes de 1 ano** (Nota Técnica SBOP/SBP, 2024). Conduta do pediatra: limpeza com soro, **massagem do saco lacrimal (Crigler) até 1 ano** e **colírio antibiótico apenas nos episódios de conjuntivite (●)**. A **sondagem** fica para a obstrução que **persiste após 1 ano** ou que se **complica** (dacriocistite, celulite, dificuldade para mamar) — encaminhar ao oftalmologista pediátrico. A **dacriocistocele** (massa azulada abaixo do canto interno, desde o nascimento) pede oftalmologista **com prioridade (●)**; **infetada ou com desconforto respiratório**, é **●**. A **dacriocistite aguda** (canto interno vermelho, quente, doloroso, com ou sem febre) é **●**: internação e antibiótico venoso. **Lacrimejamento com fotofobia e blefaroespasma, córnea grande (> 12 mm no 1º ano) ou turva é glaucoma congênito até prova em contrário: oftalmologista com urgência (●)**, sem colírio no consultório.

1. O que é e como se apresenta

Três mecanismos de lacrimejamento no lactente:

- **Drenagem obstruída** — obstrução do ducto nasolacrimal, dacriocistocele: olho **branco**, córnea **transparente**, a criança abre bem os olhos na claridade.
- **Irritação da córnea** — glaucoma congênito, corpo estranho, abrasão, cílios tocando a córnea, ceratite: **fotofobia e blefaroespasma**.
- **Inflamação da superfície** — conjuntivites: olho **vermelho**.

Obstrução congênita do ducto nasolacrimal. Membrana persistente na **válvula de Hasner**, na saída do ducto no nariz. Afeta **6% a 20% dos recém-nascidos; 96% se resolvem antes de 1 ano** (Nota Técnica SBOP/SBP, 2024). Começa nas primeiras semanas, com **lacrimejamento** uni ou bilateral, **menisco lacrimal aumentado, secreção mucoide ou mucopurulenta** pior ao acordar, cílios grudados, **sem hiperemia importante**, e **refluxo de muco** à compressão do saco lacrimal. Mais frequente na síndrome de Down.

Dacriocistocele. Obstrução acima e abaixo do saco lacrimal, que se distende: **massa azulada e tensa logo abaixo do tendão cantal medial**, ao nascer ou nos primeiros dias; pode estender-se ao nariz como **cisto intranasal** e obstruir a via aérea do bebê, que respira pelo nariz (sobretudo se bilateral). No Boston Children's Hospital, **65% evoluíram com celulite ou dacriocistite** e 9,5% com comprometimento respiratório (Wong e VanderVeen, *Pediatrics*, 2008).

Dacriocistite aguda. Infecção do saco obstruído: **edema, rubor, calor e dor no canto interno**, pus à compressão, com ou sem febre; pode evoluir para celulite pré-septal ou orbitária e sepse, rapidamente no lactente pequeno.

Glaucoma congênito primário. Disgenesia da malha trabecular com aumento da pressão intraocular: cerca de **1:10.000 nascidos vivos**, 25% a 30% dos glaucomas pediátricos (SBOP/SBP, 2024); bilateral em 65% a 80%, mais comum em meninos, em geral entre 3 e 9 meses (EyeWiki/AAO). Em estudos brasileiros citados pelo Ministério da Saúde, é a **principal causa de deficiência visual** em serviços de baixa visão (MS, 2013). Sinais:

- **Tríade: fotofobia, lacrimejamento e blefaroespasmo** (SBOP/SBP, 2024).
- **Córnea grande** — normal no recém-nascido 9,5–10,5 mm; **> 12 mm no 1º ano é anormal** (EyeWiki/AAO) —, olho "grande e bonito" (**buftalmo**, sobretudo abaixo de 3 anos).
- **Córnea turva ou acinzentada**, reflexo vermelho alterado ou assimétrico.

Formas **secundárias**: Sturge-Weber (mancha vinho do Porto na pálpebra ou fronte), aniridia, catarata congênita operada, uveíte, rubéola congênita e **corticoide** (sobretudo colírio). A **conjuntivite neonatal** tem conduta própria: veja "Conjuntivite neonatal".

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
 Leve	Lacrimejamento e secreção com olho branco , córnea transparente e de tamanho normal, sem fotofobia , refluxo de muco à compressão; bom estado	Pediatra: higiene, massagem de Crigler até 1 ano , colírio antibiótico só na conjuntivite; seguimento na puericultura
 Moderada	Persistência após 1 ano ; conjuntivites de repetição; dacriocistocele sem infecção e sem desconforto respiratório ; dúvida diagnóstica; mancha vinho do Porto na pálpebra (risco de glaucoma)	Encaminhar ao oftalmologista pediátrico (dacriocistocele: com prioridade); reavaliação em 24–48 h se houver secreção purulenta em piora
 Grave	Lacrimejamento com fotofobia e blefaroespasmo ; córnea grande (> 12 mm no 1º ano) , turva ou assimétrica ; reflexo vermelho alterado; dacriocistite aguda (canto interno vermelho, quente, doloroso); dacriocistocele infectada ou com desconforto respiratório ; celulite palpebral; recém-nascido com olho vermelho e pus	Glaucoma: oftalmologista com urgência ; dacriocistite e dacriocistocele complicada: hospital , antibiótico IV e oftalmologia

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 3 meses (infecção que se dissemina rápido; febre no lactente pequeno pede avaliação de infecção bacteriana grave).

- Sinais bilaterais de glaucoma, história familiar de glaucoma congênito, consanguinidade.
- Mancha vinho do Porto na pálpebra ou fronte (Sturge-Weber), aniridia, catarata congênita, uveíte.
- Uso de corticoide em colírio, pomada periocular ou por tempo prolongado em qualquer via.
- Dacriocistocele bilateral (cistos intranasais e obstrução da via aérea).
- Imunodepressão; acesso difícil ao oftalmologista.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é clínico. Em todo lactente com olho lacrimejando, verifique:

1. **O olho é branco?** Vermelho aponta para conjuntivite, ceratite ou uveíte.
2. **A córnea é transparente e do mesmo tamanho dos dois lados?** Lanterna de lado; régua milimetrada se houver dúvida.
3. **Há fotofobia ou blefaroespasmos?** A criança fecha os olhos ou esconde o rosto na claridade.
4. **O reflexo vermelho é normal e simétrico?** Oftalmoscópio direto a 30 cm, em sala escura (MS, 2013).
5. **A compressão do saco lacrimal faz refluir muco?** Confirma a obstrução da via lacrimal.

Olho branco, córnea normal, sem fotofobia e com refluxo = **obstrução do ducto**. Qualquer alteração da córnea ou fotofobia muda o raciocínio: **é córnea, não ducto**.

Exames. Nenhum na obstrução típica. **Cultura** só no recém-nascido com conjuntivite (gonococo e clamídia) e na dacriocistite; hemograma, PCR e hemocultura no lactente febril ou toxemiado, conforme o serviço; tomografia com contraste só na suspeita orbitária. Tonometria, exame do nervo óptico, teste da fluoresceína e endoscopia nasal são do especialista.

Diagnóstico diferencial que não pode passar: glaucoma congênito (o erro mais grave é tratá-lo por meses como "canal entupido"); conjuntivite neonatal; corpo estranho, abrasão e ceratite (inclusive herpética); epibléfaro e entrópico; celulite pré-septal e orbitária; massa do canto interno que aumenta com o choro ou fica acima do tendão cantal (encefalocelo, dermoide, hemangioma — não puncionar); lesão de córnea por fórceps, megalocórnea e mucopolissacaridoses (EyeWiki/AAO).

4. Tratamento e seguimento

Obstrução do ducto — o que o pediatra faz

- **Explicar a história natural:** 96% resolvem antes de 1 ano (SBOP/SBP, 2024); entre 6 e 10 meses, 66% ainda resolveram nos 6 meses seguintes só com massagem e antibiótico

tópico quando necessário (PEDIG, 2012).

- **Higiene:** gaze com soro fisiológico, do canto interno para o externo, uma para cada olho; vaselina na pele irritada.
- **Massagem de Crigler:** dedo limpo e unha curta sobre o canto interno, pressionando o saco lacrimal e deslizando **firmemente para baixo** pela lateral do nariz, cerca de **10 vezes, 3–4 vezes ao dia** (Pediatria Integral/SEPEAP, 2023). A SBOP/SBP (2024) recomenda a massagem **até 1 ano**, embora sua eficácia não seja consensual; a pressão firme é mais eficaz que a suave (EyeWiki/AAO).
- **Colírio antibiótico só nos episódios de conjuntivite** (pus franco, hiperemia); nunca contínuo ou "preventivo".
- **Encaminhar ao oftalmologista pediátrico** se persistir após 1 ano, se complicar (dacriocistite, celulite, dificuldade de amamentação) ou se houver dúvida (SBOP/SBP, 2024).

O que é do oftalmologista

- **Sondagem:** sem resolução em 1 ano ou nas complicações (SBOP/SBP, 2024); sucesso da sondagem primária em torno de 78% (PEDIG, segundo EyeWiki/AAO). Na obstrução unilateral entre 6 e 10 meses, a sondagem imediata no consultório teve 92% de sucesso aos 18 meses, contra 82% com observação e sondagem adiada (diferença sem significância), sondando dois terços de bebês que melhorariam sozinhos (PEDIG, 2012). Momento e local: decisão do especialista.
- **Dacriocistocele:** sondagem precoce e marsupialização endoscópica do cisto intranasal se houver infecção, desconforto respiratório ou falha (EyeWiki/AAO; Wong e VanderVeen, 2008).
- **Dacriocistite aguda:** tratada **como celulite**, com compressas mornas e colírio antibiótico, **sem corticoide**; sondagem **após a resolução da infecção** (SBOP/SBP, 2024).
- **Glaucoma congênito:** tratamento **cirúrgico** (goniotomia ou trabeculotomia); colírios hipotensores só como ponte, pelo oftalmologista; depois, correção óptica, ambliopia e seguimento por toda a vida (EyeWiki/AAO).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Colírio antibiótico (tobramicina 0,3% ou quinolona 0,3%)	Conforme bula	Conforme bula	Episódio de conjuntivite	Só com pus franco ou hiperemia; mesma escolha do documento "Conjuntivites" (SPSP 2018); idade mínima conforme bula
Oxacilina IV (dacriocistite — hospital)	200 mg/kg/dia	6/6 h	Conforme evolução, depois via oral	SBOP/SBP 2024 (esquema da celulite); vancomicina 40–60 mg/kg/dia 6/6 h (máx. 4 g/dia) se MRSA (SBOP/SBP 2024)
Ceftriaxona IV (associada, se celulite extensa ou suspeita orbitária)	100 mg/kg/dia (máx. 4 g/dia)	12/12 h	Conforme evolução	SBOP/SBP 2024; no recém-nascido, dose neonatal do serviço, sem cálcio IV e com cautela na icterícia
Paracetamol (dor, febre $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ axilar)	10–15 mg/kg/dose (máx. 75 mg/kg/dia)	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Reavaliar se $> 48\text{--}72$ h	Padrão do site; bula
Dipirona (dor, febre)	15 mg/kg/dose	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto necessário	Padrão do site; não usar < 3 meses ou < 5 kg (bula)

O que não usar: colírio com corticoide, isolado ou associado ao antibiótico (glaucoma induzido — SBOP/SBP, 2024; veja "Corticoides e olho na infância"); antibiótico tópico contínuo; leite materno, chás ou colírios "naturais"; punção de massa do canto interno; **brimonidina** até 2 anos (EyeWiki/AAO); esperar "o canal abrir" em criança com fotofobia ou córnea alterada.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Pronto-socorro/hospital (🔴): dacriocistite aguda; dacriocistocele infectada ou com desconforto respiratório, piora ao mamar ou cianose; edema e hiperemia palpebral no lactente < 1 ano ou sinais orbitários (proptose, dor à movimentação ocular, oftalmoplegia); recém-nascido com olho vermelho e pus (conduta de "Conjuntivite neonatal"); lactente < 3 meses febril ou toxemiado.

Oftalmologista com urgência (🔴): suspeita de **glaucoma congênito** — fotofobia, blefaroespasma e lacrimejamento com córnea grande, turva ou assimétrica, ou reflexo vermelho alterado. Sem acesso imediato ao oftalmologista pediátrico, **pronto-socorro de oftalmologia**; doença ocular detectada no neonato vai de imediato ao serviço especializado (MS, 2013).

Como encaminhar

- Suspeita de glaucoma: **não instilar colírios** nem comprimir o olho.
- Dacriocistite: não espremer o saco repetidamente; analgesia e antitérmico (tabela); o antibiótico IV começa no hospital.
- Dacriocistocele com desconforto respiratório: decúbito elevado, aspiração suave das narinas, **oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98%** se necessário, contato prévio com o serviço (otorrinolaringologia e oftalmologia).
- Toxemia: acesso venoso, oximetria, transporte monitorado.
- Resumo com idade, início, lateralidade, aspecto da córnea, reflexo vermelho, medicamentos (sobretudo corticoide) e antecedentes.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "O canal da lágrima do bebê ainda não abriu. Na grande maioria das crianças, ele se abre sozinho até 1 ano."
- "Faça a massagem como mostrado — dedo limpo, apertar o canto do olho junto ao nariz e deslizar para baixo, 10 vezes, 3 a 4 vezes por dia — e limpe a secreção com soro e gaze."
- "Colírio de antibiótico só quando o olho fica vermelho e com pus. Nunca use colírio com corticoide, chá ou leite materno no olho."
- **Pronto-socorro se houver:** inchaço vermelho, quente ou doloroso no canto do olho; pálpebra inchada; febre; bolinha arroxeada no canto do olho com dificuldade para respirar ou mamar; recém-nascido com olho vermelho e pus.
- **Oftalmologista com urgência se o bebê:** fecha ou esconde os olhos na claridade, aperta os olhos o tempo todo, tem um olho maior que o outro ou a parte colorida do olho esbranquiçada ou turva.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Obstrução — história natural	6–20% dos RN; 96% resol- vem antes de 1 ano (NT SBOP/SBP 2024)	Lacrimajamen- to e secreção como sinais de alerta (Diretri- zes 2013)	Sem posição específica localizada	Sem diretriz específica localizada	Sem protocolo AEP localiza- do; SEPEAP 2023: persiste em 6–10%	Coautoria PE- DIG: 66% re- solvem em 6 meses (6–10 meses de idade)	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Massagem e antibiótico	Massagem até 1 ano, eficácia sem consenso	Sem posição específica	Sem posição específica localizada	—	SEPEAP 2023: massagem 3– 4×/dia; antibió- tico tópico só se infecção	PEDIG: mas- sagem e anti- biótico tópico se necessário	—	Segue o NICE
Sondagem	Sem resolução em 1 ano ou complicação	Sem posição específica	Sem posição específica localizada	—	SEPEAP 2023: encaminhar aos 9–12 meses	Sondagem no consultório aos 6–15 meses: 75% de suces- so (PEDIG 2014)	—	Segue o NICE
Dacriocistoce- le e dacriocistite	Dacriocistite tratada como celulite; sem corticoide; son- dar após	Sem posição específica	Sem posição específica localizada	—	SEPEAP 2023: endoscopia nasal em toda dacriocistocele	Sem posição específica localizada	Encaminhar no período neona- tal; 65% infec- tam (Pediatrics 2008)	Segue o NICE
Glaucoma congenito	Triade fotofo- bia, lacrimaja- mento, blefaro- espasmo; di- agnóstico precoce	Principal causa de baixa visão infantil; TRV e encaminha- mento imediato	Sem posição específica localizada	Sem diretriz específica localizada	Sem protocolo AEP localizado	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: as referências convergem no essencial — a obstrução do ducto é frequente e quase sempre se resolve no primeiro ano, o tratamento inicial é conservador, dacriocistite e dacriocistocele infectada exigem antibiótico sistêmico e oftalmologista, e lacrimajamento com fotofobia ou córnea alterada é glaucoma até prova em contrário. A divergência está no **momento da sondagem**: a SBOP/SBP (2024) sonda após 1 ano sem resolução; a SEPEAP (Pediatria Integral, 2023) encaminha entre 9 e 12 meses; os ensaios do PEDIG, com o Wilmer Eye Institute (Johns Hopkins), mostram que a sondagem imediata no consultório entre 6 e 10 meses, na forma unilateral, é eficaz, à custa de sondar muitos bebês que melhorariam sozinhos. Na dacriocistocele, o Boston Children's (Harvard) defende encaminhamento ainda no período neonatal. NICE, AAP e AEP não têm documento próprio localizado; o NHS (Moorfields) não encaminha a forma simples antes de 12 meses e encaminha com urgência córnea turva, olho grande, fotofobia e dacriocistite, em linha com a SBP. **Posição do site: segue a SBP (Nota Técnica SBOP/SBP 2024)** — massagem e observação até 1 ano, antibiótico tópico só na conjuntivite, sondagem após 1 ano ou nas complicações, glaucoma congênito como urgência oftalmológica.

PONTOS PRÁTICOS

1. Lacrimejamento com olho branco, córnea transparente e refluxo de muco à compressão do canto interno é obstrução do ducto: massagem, higiene e paciência — 96% resolvem antes de 1 ano.
2. Colírio antibiótico só nos episódios de conjuntivite; nunca contínuo, nunca com corticoide.
3. Persistiu após 1 ano, complicou ou há dúvida: oftalmologista pediátrico para sondagem.
4. Massa azulada no canto interno desde o nascimento é dacriocistocele: oftalmologista com prioridade; infectada ou com desconforto respiratório, pronto-socorro.
5. Canto interno vermelho, quente e doloroso é dacriocistite aguda: internação e antibiótico venoso.
6. Lacrimejamento com fotofobia, blefaroespasmo ou córnea grande ou turva é glaucoma congênito até prova em contrário: oftalmologista com urgência.

Veja também, nesta Biblioteca: **Conjuntivites (viral, bacteriana, alérgica e neonatal)** (Patologias do consultório); **Conjuntivite neonatal** (Neonatologia); **Retinoblastoma e o teste do reflexo vermelho** (Oncologia pediátrica); **Corticoides e olho na infância — glaucoma e catarata induzidos** (Temas atualizados pela SBP); **Celulite periorbitária (pré-septal) e orbitária e outras causas de olho inchado** (nesta área); **Malformações vasculares — mancha vinho do Porto, síndrome de Sturge-Weber e outras** (Dermatologia pediátrica).

8. Fontes

- SBOP e SBP (com o CBO). Nota Técnica — Recomendações para avaliação ocular pelo pediatra, 2024. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância, 1ª ed., 2013. [PDF](#)
- Pediatric Eye Disease Investigator Group. Resolution of congenital nasolacrimal duct obstruction with nonsurgical management. Arch Ophthalmol, 2012;130:730–4. [PubMed](#)
- Pediatric Eye Disease Investigator Group. A randomized trial comparing the cost-effectiveness of 2 approaches for treating unilateral nasolacrimal duct obstruction. Arch Ophthalmol, 2012;130:1525–33. [PubMed](#)
- Miller AM, Repka MX et al.; PEDIG. Office probing for treatment of nasolacrimal duct obstruction in infants. J AAPOS, 2014;18:26–30. [PubMed](#)

- Wong RK, VanderVeen DK (Boston Children's Hospital). Presentation and management of congenital dacryocystocele. Pediatrics, 2008;122:e1108–12. [PubMed](#)
- American Academy of Ophthalmology. EyeWiki — Nasolacrimal Duct Obstruction, Congenital (atualizado em 2026). [eyewiki.org](#)
- American Academy of Ophthalmology. EyeWiki — Primary Congenital Glaucoma. [eyewiki.org](#)
- Cañete Campos C, Molina Pérez M. Patología palpebral y de la vía lagrimal en la edad pediátrica. Pediatría Integral (SEPEAP), 2023. [pediatriaintegral.es](#)
- Moorfields Eye Hospital (NHS). Congenital nasolacrimal duct obstruction. [moorfields.nhs.uk](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.