

Corticoides e olho na infância — glaucoma e catarata induzidos

Nota Técnica SBOP/CBO (acervo SBP, jun/2026) comparada com AAO PPP 2023 e AAP, RCOphth/College of Optometrists/NICE CKS/BNFc, SEEOP/SEICAP, Bambino Gesù/SIAIP, CGRN/WGA, Harvard e Wilmer/Johns Hopkins.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076
Professor do Centro Universitário Max Planck · Departamento SBP: GT Oftalmologia Pediátrica
Atualização SBP: Nota Técnica SBOP/CBO de 20/06/2026 · Análise: setembro de 2026

Resumo com convergências e divergências entre a atualização da Sociedade Brasileira de Pediatria e AAP, NICE, AEP, Sociedade Italiana de Pediatria, Harvard (Boston Children's) e Johns Hopkins Children's Center. [Documento original da SBP](#) (acervo, associados) · [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que a SBP recomenda
2. Posição das referências internacionais
3. Concordâncias e discordâncias
4. Síntese
5. Fontes

EM RESUMO

A Nota Técnica da Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica (SBOP), em parceria com o CBO e divulgada pela SBP, alerta que **hipertensão ocular, glaucoma induzido e catarata subcapsular posterior** são efeitos silenciosos e potencialmente irreversíveis dos corticoides em crianças — mais suscetíveis que adultos porque a malha trabecular só amadurece por volta dos 8 anos. O risco depende de dose, duração, via (o colírio responde pela maioria dos casos, mas oral, periocular, inalatório e nasal também contam) e potência: dexametasona 0,1% 4×/dia por 4 semanas eleva a PIO em 78% das crianças; loteprednol, em nenhuma. As recomendações: **menor dose eficaz pelo menor tempo, reavaliar se o uso passar de 1–2 semanas, preferir fármacos de baixa potência, usar poupadores (ciclosporina, imunomoduladores) em uveíte e ceratoconjuntivite vernal, AINE tópico após estrabismo, medir a PIO periodicamente em toda criança em corticoide por qualquer via, sobretudo acima de 2 semanas, desencorajar a automedicação e endurecer o controle de dispensação**. AAO, RCOphth, SEEOP/SEICAP, Bambino Gesù e o consenso mundial de glaucoma infantil dizem o mesmo. As diferenças estão nos detalhes: o limite de dias sem tonometria, o peso atribuído a inalatórios e nasais (as metanálises não mostram aumento de glaucoma nas doses usuais) e a proposta — só brasileira — de receita retida em duas vias.

1. O que a SBP recomenda

Documento: Nota Técnica da SBOP sobre uso de corticoide na infância, 14 p. SBOP (Diretoria 2025–2027) com o CBO; relatoras Ana Letícia Fornazieri Darcie, Júlia Dutra Rossetto e Christiane Rolim-de-Moura. Publicada no acervo da SBP em junho de 2026 (sem numeração de DC).

TEMA	CONTEÚDO
Efeitos adversos	Hipertensão ocular, glaucoma induzido e catarata subcapsular posterior; por via tópica ou sistêmica; perda visual permanente se não reconhecidos. Patogenia: acúmulo de matriz extracelular na malha trabecular e redução da fagocitose (glaucoma); estresse oxidativo e transição epitélio-mesenquimal (catarata)
Fatores de risco	Idade pediátrica (malha trabecular imatura até ~8 anos; resposta mais intensa e rápida) ; etnia asiática; genética; miopia alta, DM1, conectivopatias, glaucoma prévio; catarata: início < 12 anos, atraso de idade óssea. Do fármaco: dose, duração, via (tópico ocular = maioria dos casos; oral, periocular, inalatório, nasal, transcutâneo periocular), potência/lipofilia (dexametasona > prednisolona). Tabela 1: dexametasona 0,1% 4x/dia 4 sem → 45% moderadamente + 33% altamente responsivos; 2x/dia 55%/18%; rimexolona 21%/6%; fluormetolona 18%/0%; loteprednol 0/0. Doenças de base: uveíte, VKC grave, asma, síndrome nefrótica, DII, neoplasias hematológicas
Clínica	Catarata subcapsular posterior: glare, pior para perto, assintomática no início; hipertensão/glaucoma silenciosos; buftalmia, fotofobia e epífora podem faltar
Monitorização	PIO precoce e seriada; com dexametasona tópica a elevação surge em dias e é dose-dependente → medir frequentemente nas primeiras semanas; supressão do eixo HHA mesmo com colírio (Cushing e insuficiência adrenal em lactentes); função adrenal se uso prolongado/altas doses; menor dose eficaz pelo menor tempo; reavaliar se > 1–2 semanas ; suplementação em estresse
Manejo	Elevação da PIO geralmente reversível em semanas após a suspensão; tratar como glaucoma de ângulo aberto (cautela com prostaglandinas em inflamação ativa); cirurgia se refratário; catarata: expectante, cirurgia se perda visual; reavaliar a necessidade do corticoide; trocar por menor potência/penetração; poupadores (imunomoduladores, ciclosporina tópica)
Recomendações práticas	Menor dose/menor tempo; alternativas (imunomoduladores em uveíte e VKC); AINE tópico pós-estrabismo; menor potência; controlar frequência/duração; poupadores sistêmicos precoces; PIO periódica em todas as crianças em corticoide, qualquer via, sobretudo > 2 semanas ; após suspensão por hipertensão, PIO a cada 2 semanas até normalizar; intensificar em glaucoma prévio/história familiar; orientar famílias; desencorajar automedicação; SBOP e SBG pedem maior rigor no controle da dispensação

Não aborda: limite numérico de dias sem tonometria; conduta na conjuntivite alérgica leve (anti-histamínico/estabilizador como 1ª linha); registro da ciclosporina 0,1% (Verkazia) no Brasil; a evidência de risco mínimo com nasal/inalatório nas doses usuais (metanálises 2019/2022); quem pode prescrever (pediatra vs oftalmologista); retenção de receita explicitamente; classificação CGRN de glaucoma infantil.

2. Posição das referências internacionais

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
EUA — AAO / AAP / literatura	AAO Conjunctivitis Preferred Practice Pattern 2023 ; AAO — Vernal keratoconjunctivitis disease review ; AAP Clinical Report — Visual system assessment (Pediatrics 2016;137:e20153597) ; Nuyen B et al., J AAPOS 2017;21:1 ; Lacau et al., J Ocul Pharmacol Ther 2025;41:305	AAO: evitar o uso indiscriminado de corticoide tópico; exacerbações de VKC o exigem; PIO basal e periódica ; menor potência (loteprednol, fluormetolona), curso curto com desmame; anti-histamínico/estabilizador como 1ª linha; ciclosporina/tacrolimo poupadores; pulsos de loteprednol ≈ prednisolona com menos elevação da PIO. Nuyen 2017: resposta > 6 mmHg; crianças respondem mais e mais rápido (56% de alta resposta com dexametasona pós-estrabismo); "causa evitável de cegueira". Lacau 2025: idade jovem é o principal risco; dexametasona dose-dependente. AAP: sem posição própria sobre inalatório/nasal.
Reino Unido — RCOphth / College of Optometrists / NICE CKS / BNFc	RCOphth Focus — Steroid response (Vernon, out/2019) ; RCOphth Ophthalmic Services for Children (2021) ; College of Optometrists — CMG Glaucoma (steroid) v15 (08/09/2026) ; NICE CKS — Conjunctivitis, allergic ; BNF for Children	< 10 anos vulneráveis; ~5% dos glaucomas pediátricos em centros terciários são iatrogênicos, 87% em VKC ; potência importa; inalatório/nasal: risco mínimo ; PIO sobe em dias a 4 semanas; AINE tópico como alternativa; glaucoma infantil em rede especializada. College of Optometrists: PIO regular ao iniciar. NICE CKS: corticoide ocular não deve ser iniciado na atenção primária ; encaminhar VKC/AKC. BNFc: só especialista; olho vermelho não diagnosticado é contraindicação.
Espanha — SEEOP / SEICAP / AEPap	SEEOP — Conjuntivitis alérgica ; SEICAP — Conjuntivitis alérgica ; AEPap Pediatría Integral 2023 — ojo rojo	Anti-histamínico primeiro; corticoide só em casos graves; ciclosporina/tacrolimo; sempre com oftalmologista . SEICAP: ciclos < 7 dias ; se prolongado ou repetido, oftalmologista pela PIO.
Itália — Bambino Gesù / SIAIP	Ospedale Bambino Gesù — Cheratocongintivite primaverile ; SIAIP/RIAP — La cheratocongintivite primaverile oggi (2021)	Cortisona em ciclos de 7–15 dias, 3–4 vezes ao ano ; anti-histamínico, cromoglicato; ciclosporina; riscos PIO, glaucoma, catarata, herpes. SIAIP: ciclosporina 0,1% como base do tratamento da VKC; pulsos de corticoide com controle de PIO.
Consensos internacionais — CGRN/WGA / metanálises / EMA	Thau A et al. — CGRN classification (2018) ; Vinokurtseva A et al., Clin Ophthalmol 2022 ; Valenzuela CV et al., Laryngoscope 2019 ; VKC — Children 2026;13:335 ; EMA — Verkazia EPAR (2018)	Glaucoma infantil = ≥ 2 critérios (PIO ≥ 21, nervo, córnea, campo); induzido por corticoide = secundário adquirido. Inalatório/nasal: 65 estudos, sem aumento de glaucoma; PIO +0,45 mmHg em crianças; intranasal sem efeito em PIO ou catarata (10 ECR, 2.226 pacientes) . VKC 2026: leve anti-histamínico; moderada ciclosporina + pulsos; grave pulsos + ciclosporina/tacrolimo; tonometria mesmo em cursos curtos. Verkazia (ciclosporina 0,1%) aprovado na UE (2018) e FDA (2021) para VKC grave 4–18 anos.
Harvard — Boston Children's	Departamento de Oftalmologia; sem documento acessível	Prática alinhada à AAO; clínica de glaucoma pediátrico.
Johns Hopkins — Wilmer Eye Institute	Wilmer — Glaucoma service	Serviço de glaucoma pediátrico; sem protocolo público sobre corticoide.
Brasil — SBG / CBO / SBOP	Alerta conjunto SBG+CBO+SBOP (07/06/2026)	Uso indiscriminado de colírios com corticoide é problema de saúde pública; pais aplicam cronicamente; pedem receita retida em duas vias à ANVISA/MS/Congresso (hoje a prescrição é simples).

3. Concordâncias e discordâncias

TEMA	SBOP/SBP	AAO/AAP	RCOPHTH/NICE	SEEOP/SEICAP	ITÁLIA	CGRN/METANÁLISES	HARVARD	J. HOPKINS
Criança mais suscetível (< 8–10 anos)	Sim	Sim	Sim (< 10 a)	Sim	Sim	Sim	—	—
Menor potência, menor tempo	Sim	Sim (loteprednol/FML)	Sim	Sim	Sim	Sim	—	—
PIO periódica	Todas as vias, sobretudo > 2 sem	Basal e periódica	Regular ao iniciar	Se prolongado/repetido	Com pulsos	Mesmo em cursos curtos (VKC)	—	—
Limite de dias sem tonometria	"Reavaliar > 1–2 sem"	Curso curto	Dias a 4 semanas	< 7 dias	7–15 dias	—	—	—
Quem prescreve	Não define; pede rigor	—	Não iniciar na atenção primária	Sempre oftalmologista	—	—	—	—
Inalatório/nasal	Incluídos como risco	AAP sem posição	Risco mínimo	—	—	Sem aumento de glaucoma	—	—
VKC: poupadores	Ciclosporina/immunomoduladores	Ciclosporina/tacrolimo	Sim	Sim	Ciclosporina como base	Verkazia 4–18 a	—	—
AINE pós-estrabismo	Sim	—	Sim	—	—	—	—	—
Supressão do eixo HHA com colírio	Sim (lactentes)	—	—	—	—	—	—	—
Controle de dispensação	Receita retida (pedido)	—	—	—	—	—	—	—

4. Síntese

Não há divergência de fundo: a nota da SBOP reproduz o que a AAO, o Royal College of Ophthalmologists, as sociedades espanholas e italianas e o consenso mundial de glaucoma infantil afirmam — a criança é a maior vítima da resposta esteroide, o colírio de dexametasona é o principal culpado, e a prevenção é escolher o fármaco menos potente, pelo menor tempo, com tonometria e alternativas poupadoras na ceratoconjuntivite vernal e na uveíte. As diferenças são de calibração. O **gatilho da tonometria** varia de "menos de 7 dias" (SEICAP) a "ciclos de 7–15 dias" (Bambino Gesù) e "reavaliar após 1–2 semanas" (SBOP); a revisão de 2026 sobre VKC pede tonometria mesmo em cursos curtos, e a nota brasileira adota a fórmula mais abrangente ("qualquer via, sobretudo > 2 semanas"). Quanto a **inalatórios e corticoides nasais**, a SBOP os lista entre as vias de risco, enquanto o RCOPHTH os classifica como de risco mínimo e duas metanálises (65 estudos; 10 ensaios randomizados) não encontraram aumento de glaucoma ou catarata nas doses usuais — o pediatra não deve, com base na nota, restringir o tratamento da asma ou da rinite, mas sim medir a PIO em uso prolongado de doses altas. A **prescrição** é onde o Reino Unido e a Espanha são mais rígidos: o NICE CKS proíbe iniciar corticoide ocular na atenção primária, e a SEEOP exige oftalmologista; a nota brasileira não define quem prescreve e prefere atacar a dispensação, com a proposta de receita retida em duas vias — inédita entre as referências. Por fim, a ciclosporina 0,1% (Verkazia), base do tratamento da VKC na Itália e aprovada na UE e nos EUA para 4–18 anos, não tem registro no Brasil, o que limita a estratégia poupadora que a própria nota recomenda.

OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

1. **Olho vermelho não diagnosticado é contraindicação a corticoide tópico** (BNFc): herpes simples, úlcera bacteriana e corpo estranho pioram — o pediatra não prescreve colírio de corticoide sem exame oftalmológico.
2. **Conjuntivite alérgica leve/moderada**: anti-histamínico tópico de dupla ação e estabilizador de mastócitos são a primeira linha; corticoide é para exacerbações da VKC, em pulso curto, com PIO.
3. **Uso > 2 semanas** por qualquer via, dose alta de inalatório (≥ 500 mcg/dia de fluticasona ou equivalente) ou corticoide sistêmico prolongado: encaminhar para tonometria e exame de cristalino; repetir a cada 3–6 meses enquanto durar o tratamento.
4. **Preferir loteprednol ou fluometolona** quando o corticoide ocular for inevitável; evitar dexametasona 0,1% em crianças.
5. **Lactentes com colírio de corticoide**: vigiar sinais de Cushing e insuficiência adrenal; a absorção sistêmica é relevante.
6. **Combinações antibiótico + corticoide** (tobramicina/dexametasona) são a fonte mais comum de automedicação: orientar as famílias a não reutilizar frascos e não aplicar em "olho vermelho" sem consulta.

5. Fontes

- SBOP/CBO. Nota técnica da Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica sobre uso de corticoide na infância. Acervo SBP, junho de 2026. sbp.com.br
- American Academy of Ophthalmology. Conjunctivitis Preferred Practice Pattern (2023); Vernal keratoconjunctivitis disease review. AAP. Visual system assessment in infants, children and young adults. Pediatrics 2016;137:e20153597.
- Nuyen B, Weinreb RN, Robbins SL. Steroid-induced glaucoma in the pediatric population. J AAPOS 2017;21:1–6. Lacau et al. Steroid-induced ocular hypertension in children. J Ocul Pharmacol Ther 2025;41:305.
- Vernon SA. Steroid response. RCOphth Focus, out/2019. College of Optometrists. Clinical Management Guideline: Glaucoma (steroid), v15 (2026). NICE CKS. Conjunctivitis — allergic. BNF for Children. Corticosteroids (eye).
- SEEOP. Conjuntivite alérgica. SEICAP. Conjuntivite alérgica. AEPap. Ojo rojo. Pediatría Integral 2023.
- Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. Cheratocongiuntivite primaverile. SIAIP. La cheratocongiuntivite primaverile oggi. RIAP 2021.
- Thau A et al. New classification system for pediatric glaucoma (CGRN). Curr Opin Ophthalmol 2018. Vinokurtseva A et al. Inhaled corticosteroids and ocular hypertension/glaucoma: systematic review. Clin Ophthalmol 2022. Valenzuela CV et al. Intranasal corticosteroids and IOP/cataract: meta-analysis. Laryngoscope 2019. Vernal keratoconjunctivitis: update. Children 2026;13:335. EMA. Verkazia EPAR.
- Sociedade Brasileira de Glaucoma, CBO, SBOP. Alerta sobre uso indiscriminado de corticoides oculares (07/06/2026).
- Wilmer Eye Institute (Johns Hopkins). Glaucoma service. Boston Children's Hospital. Department of Ophthalmology.

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · 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.