

CASO CLÍNICO/CASE REPORT

Miosite Orbitária Idiopática em Idade Pediátrica, Uma Causa Rara de Dor Ocular: Relato de um Caso**Idiopathic Orbital Myositis in the Pediatric Age Group: A Rare Cause of Ocular Pain – Case Report**

 Inês Melo ^{1,*};  Cláudia Fernandes ¹;  Jorge Rodrigues ¹;  Lígia M. Ferreira ¹;  Filipe Palavra ^{2,3,4}

1-Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões, Viseu, Portugal

2-Centro de Desenvolvimento da Criança – Neuropediatria, Hospital Pediátrico, Unidade Local de Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

3-Laboratório de Farmacologia e Terapêutica Experimental, Instituto de Investigação Clínica e Biomédica de Coimbra (iCBR), Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra Portugal

4-Centro Académico Clínico de Coimbra, Coimbra, Portugal

DOI: <https://doi.org/10.46531/sinapse/CC/193/2026>

Informações/Informations:

Caso Clínico, publicado em Sinapse, Volume 26, Número 3, julho-setembro 2026. Versão eletrónica em www.sinapse.pt; Case Report, published in Sinapse, Volume 26, Number 3, July-September 2026. Electronic version in www.sinapse.pt

© Autor (es) (ou seu (s) empregador (es)) e Sinapse 2026. Reutilização permitida de acordo com CC BY-NC 4.0. Nenhuma reutilização comercial. © Author(s) (or their employer(s)) and Sinapse 2026. Re-use permitted under CC BY-NC 4.0. No commercial re-use.

Palavras-chave:

Criança;
Miosite Orbitária/diagnóstico por imagem;
Miosite Orbitária/tratamento farmacológico;
Músculos Oculomotores.

Keywords:

Child;
Oculomotor Muscles;
Orbital Myositis/diagnostic imaging;
Orbital Myositis/drug therapy.

Autor Correspondente /*Corresponding Author:**

Inês Melo
Serviço de Pediatria,
Unidade Local de Saúde de Viseu Dão-Lafões,
Av. Rei D. Duarte
3504-509 Viseu, Portugal
9043@ulsmdl.min-saude.pt

Recebido / Received: 2025-10-06

Aceite / Accepted: 2026-09-19

Publicado / Published: 2026-10-07

Resumo

A miosite orbitária idiopática é uma entidade clínica rara em idade pediátrica, cuja fisiopatologia ainda não está bem esclarecida. Geralmente, os doentes apresentam-se com queixas oculares unilaterais, tais como dor agravada pelos movimentos oculares, eritema e edema palpebral, quemose e hiperémia conjuntival. A ressonância magnética desempenha um papel fundamental na identificação dos músculos afetados. Relata-se o caso de uma adolescente de 14 anos com dor ocular à direita, agravada pelos movimentos oculares, com 1 mês de evolução. Perante a suspeita da existência de um processo inflamatório ou infeccioso da região orbitária direita, realizou ressonância magnética na qual se identificou um espessamento do músculo reto lateral, ao nível da órbita direita. Admitiu-se o diagnóstico de miosite orbitária idiopática e iniciou-se prednisolona com resolução completa do quadro clínico. A descrição deste caso pretende alertar para o conhecimento desta entidade em idade pediátrica.

Abstract

Idiopathic orbital myositis is a rare clinical entity in pediatric age, with its pathophysiology not yet fully understood. Patients typically present with unilateral ocular complaints such as pain aggravated by eye movements, erythema and eyelid edema, chemosis, and conjunctival hyperemia. Magnetic resonance imaging plays a crucial role in identifying the affected muscles. We report the case of a 14-year-old adolescent who presented with right ocular pain, aggravated by eye movements, for one month. Upon suspicion of an inflammatory or infectious process in the right orbital region, magnetic resonance imaging was performed, revealing thickening of the lateral rectus muscle in the right orbit. The diagnosis of idiopathic orbital myositis was established, and treatment with prednisolone was initiated, resulting in complete resolution of the clinical symptoms. The description of this case aims to raise awareness of this condition in the pediatric age group.

Introdução

A miosite orbitária idiopática é um subtipo de doença inflamatória orbitária, caracterizada por um processo inflamatório não infeccioso dos músculos extraoculares,¹ sendo rara em idade pediátrica.^{2,3} A etiologia permanece desconhecida,^{4,5} embora tenham sido descritos casos associados a doenças autoimunes, incluindo a artrite idiopática juvenil, a granulomatose com poliangite e doença inflamatória intestinal,^{6,7} levantando a hipótese de que vias inflamatórias e imunológicas semelhantes possam contribuir para a fisiopatologia da miosite orbitária idiopática.

Geralmente, os doentes apresentam queixas oculares unilaterais, sendo a dor agravada pelos movimentos oculares o sinal mais característico, frequentemente acompanhada de eritema e edema palpebral, quemose e hiperémia conjuntival.^{4,8-10} A existência de diplopia e limitação dos movimentos oculares variam de acordo com a extensão do processo inflamatório.¹¹ Por vezes, pode estar associada a sintomas sistémicos, como febre, cefaleias, vômitos e mal-estar geral.^{2,12}

O diagnóstico é estabelecido através da história clínica, exame físico, avaliação laboratorial e exames de imagem, sendo que a tomografia computadorizada e a ressonância magnética desempenham um papel fundamental na identificação do atingimento muscular.^{8,5,13} O diagnóstico diferencial abrange qualquer patologia suscetível de induzir um quadro orbitário agudo, sendo que, em idade pediátrica, o mais comum é a celulite orbitária.^{8,13}

O tratamento baseia-se na corticoterapia sistémica, habitualmente com resposta favorável.^{14,15} No entanto, podem ocorrer recidivas meses ou anos após o episódio inaugural,^{3,16} o que motiva um acompanhamento clínico regular das crianças e adolescentes com este diagnóstico.

O principal objetivo deste trabalho é relatar um caso de miosite orbitária idiopática em idade pediátrica, descrevendo as suas características clínicas, aspetos imagiológicos e abordagem terapêutica, bem como alertar para a importância do conhecimento desta entidade nesta faixa etária.

Caso Clínico

Adolescente do sexo feminino, de 14 anos de idade, sem antecedentes pessoais de relevo, que recorreu à urgência pediátrica por dor ocular à direita, agravada pelos movimentos oculares, com 1 mês de evolução. Associadamente, apresentava queixas de edema pal-

pebral e hiperémia conjuntival do olho direito. Negava febre, outros sintomas sistémicos ou história recente de infeções respiratórias baixas ou gastrointestinais.

Cerca de 10 dias antes da admissão, por queixas de cefaleia frontal intensa e oculodinia direita, já tinha recorrido à urgência pediátrica e, após observação pela Oftalmologia, realizou uma tomografia computadorizada crânio-encefálica e das órbitas, que descreveu achados compatíveis com sinusite maxilar, sem outras alterações relevantes, pelo que teve alta medicada com amoxicilina e ácido clavulânico em dose adequada por via oral. Dada a ausência de melhoria das queixas - e até mesmo noção de agravamento - recorreu novamente à urgência pediátrica.

No momento da admissão, encontrava-se apirética e hemodinamicamente estável, com discreto edema palpebral e eritema conjuntival direitos, bem como dor à adução desse olho, embora sem aparente restrição. Negada diplopia e a acuidade visual encontrava-se preservada. A restante observação clínica, incluindo exploração neurológica, não revelou outras alterações. Perante a suspeita da existência de um processo inflamatório orbitário direito, foi admitida para controlo da dor e investigação etiológica no hospital da área de residência. Dada a necessidade de observação por Neuropediatria – nomeadamente para exclusão de patologia do sistema nervoso central e de patologia da junção neuromuscular, em particular a miastenia *gravis* – transferiu-se para o hospital de referência, onde foi submetida a ressonância magnética (RM) crânio-encefálica e das órbitas. Neste exame, foi identificado um espessamento do músculo reto lateral, ao nível da órbita direita (**Fig. 1**), com investigação laboratorial (**Tabela 1**) inteiramente normal,

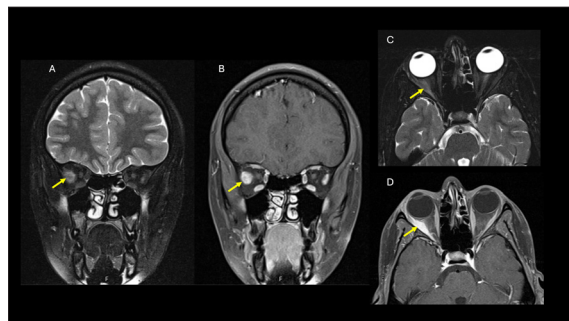


Figura 1. Ressonância magnética orbitária revelando espessamento e edema difuso do músculo reto lateral direito, particularmente do seu terço médio (seta). A: coronal T2 com saturação de gordura; B: coronal T1 após administração de gadolínio; C: axial T2 com saturação de gordura; D: axial T1 após administração de gadolínio.

Tabela 1. Investigação analítica realizada para caracterização e exclusão de diagnósticos diferenciais.

Leucócitos: $5,7 \times 10^9/L$	LDH: 182 U/L
Neutrófilos: $3,6 \times 10^9/L$	Proteína C reativa: 0,10 mg/dL
Linfócitos: $1,63 \times 10^9/L$	Creatina cinase (CK): 92 U/L
Hemoglobina: 11,9 g/dL	TSH: 0,74 mg/dL
Plaquetas: $243 \times 10^9/L$	T4 livre: 1,01 mg/dL
Creatinina: 0,80 mg/dL	Anticorpos anti-TPO, anti-tiroglobulina e anti-AChR negativos
AST: 14 U/L	
ALT: 10 U/L	

incluindo hemograma e parâmetros inflamatórios, bem como avaliação da função tiroideia e pesquisa de anticorpos anti-recetor da acetilcolina (anti-AChR), apesar de não haver uma história de clara flutuação e fadigabilidade dos défices. Perante os resultados prévios e na ausência de febre ou outros achados analíticos sugestivos de causa infecciosa, assumiu-se o diagnóstico de miosite orbitária e iniciou-se prednisolona oral na dose de 60 mg/dia durante sete dias, com redução progressiva de aproximadamente 50% da dose a cada três dias, até à suspensão ao fim de cerca de três semanas. Verificou-se resolução completa dos sintomas ao fim de duas semanas após o início da terapêutica.

Cerca de dois meses após o início dos sintomas, foi observada em consulta de Neuropediatria, apresentando-se sem queixas. Toda a investigação etiológica adicional realizada foi normal, tendo-se excluído causas infecciosas, metabólicas e autoimunes.

Discussão

O caso apresentado ilustra os desafios diagnósticos inerentes à miosite orbitária idiopática em idade pediátrica, cuja apresentação clínica pode ser indistinguível de outras causas de inflamação orbitária aguda. Embora a evolução seja habitualmente benigna, o reconhecimento tardio pode originar sequelas da mobilidade ocular.⁴ Este caso reforça a necessidade de uma maior consciencialização sobre a miosite orbitária idiopática entre os pediatras, ilustrando a importância do diagnóstico e tratamento adequados. A adolescente apresentou-se com manifestações clínicas típicas desta entidade – dor orbitária agravada pelos movimentos oculares e edema palpebral, embora sem diplopia nem restrição franca da motilidade ocular, o que pode ocorrer em fases iniciais ou em formas menos extensas de envolvimento muscular.

A frequência com que esta patologia se associa a infeções respiratórias prévias¹² ou a doenças imunomedia-

das tem levantado a hipótese de este processo ser veiculado por mecanismos de natureza autoimune,^{4,6} ainda que dificilmente comprováveis, tal como se verificou no presente caso clínico, em que todo o estudo orientado para esta etiologia foi normal ou negativo.

O diagnóstico diferencial da miosite orbitária idiopática em idade pediátrica é amplo,^{5,8,13} incluindo etiologias infecciosas, inflamatórias, autoimunes e neoplásicas. Sendo um diagnóstico de exclusão, torna-se essencial a investigação sistemática de outras causas antes de estabelecer este diagnóstico. Em Pediatria, a celulite orbitária constitui o principal e mais desafiante diagnóstico diferencial,⁴ dada a sobreposição significativa das manifestações clínicas, nomeadamente dor orbitária, edema palpebral, proptose e limitação dos movimentos oculares. Outros diagnósticos diferenciais relevantes em idade pediátrica incluem a orbitopatia associada à doença tiroideia,¹⁷ geralmente caracterizada por uma evolução mais insidiosa e menor intensidade da dor, bem como entidades menos frequentes, mas clinicamente importantes, como o linfoma orbitário, o rabdomiossarcoma e outras neoplasias orbitárias.^{18,19}

A ressonância magnética das órbitas é o exame de imagem de escolha para a identificação do espessamento dos músculos extraoculares afetados. No caso clínico apresentado, verificou-se envolvimento do músculo reto lateral, uma localização menos frequentemente descrita, dado que os músculos retos horizontais, particularmente o reto medial, são os mais comumente afetados nesta patologia clínica.^{4,11,20} A biópsia muscular pode ser necessária em casos atípicos,^{8,15} quando exista dúvida diagnóstica ou resposta inadequada aos corticosteroides. No caso clínico descrito, o exame neurológico e os achados imagiológicos permitiram diagnosticar a miosite orbitária idiopática, sem necessidade de biópsia e confirmação histopatológica respetiva. Adicionalmente, a utilização da corticoterapia demonstrou eficácia na melhoria

do quadro clínico,^{1,5,14} verificando-se resolução completa dos sintomas duas semanas após o início da terapêutica, reforçando a sua relevância terapêutica nesta entidade.

O prognóstico é geralmente bom,^{14,15} variando de acordo com o grau inicial de envolvimento das estruturas orbitárias e da resposta à terapêutica. A avaliação por Neuropediatria revelou-se fundamental neste caso, não só pela necessidade de excluir patologia do sistema nervoso central e da junção neuromuscular, mas também pela interpretação integrada dos achados imagiológicos e pela orientação e seguimento posteriores. Este caso evidencia a importância de uma abordagem multidisciplinar, em que o Neuropediatra assume um papel central no diagnóstico atempado e na definição e implementação de um plano terapêutico adequado.

A taxa de recorrência em idade pediátrica é significativamente mais elevada do que em adultos,¹⁵ com estudos a reportar valores entre os 68% e os 90%.^{3,16} Episódios recorrentes podem ocorrer meses ou até anos após o episódio inaugural, pelo que um seguimento clínico estruturado é essencial para a identificação e deteção precoce de recidivas.^{3,16} Adicionalmente, a precocidade da instituição terapêutica, parece desempenhar um papel relevante no prognóstico,^{14,15} estando o início precoce da corticoterapia associado a uma resposta clínica mais favorável. O presente caso ilustra este princípio, uma vez que, apesar do atraso inicial no estabelecimento do diagnóstico, a introdução da corticoterapia permitiu uma resolução completa da sintomatologia. Este facto reforça a importância de uma elevada suspeição clínica por parte dos pediatras e neuropediatras, de modo a minimizar atrasos diagnósticos e terapêuticos com potencial impacto no prognóstico funcional. ■

Prêmios e Apresentações Prévias / Awards and Previous Presentations

Apresentação em formato de póster nas VII Jornadas de Pediatria Entre Douro e Vouga, realizadas em novembro de 2024, tendo sido distinguida com uma Menção Honrosa.

Contributorship Statement / Declaração de Contribuição

IM, CF, JR, LF e FP: Desenho, elaboração, revisão do manuscrito e aprovação final do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito para publicação e assumem responsabilidade por todos os aspetos do trabalho, garantindo a exatidão e a integridade dos dados apresentados.

IM, CF, JR, LF, and FP: Study design, manuscript preparation, critical revision of the manuscript, and final approval of the manuscript.

All authors approved the final version of the manuscript for publication and accept responsibility for all aspects of the work, ensuring the accuracy and integrity of the data presented.

Responsabilidades Éticas

Conflitos de Interesse: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

Fontes de Financiamento: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

Confidencialidade dos Dados: Os autores declaram ter seguido os protocolos da sua instituição acerca da publicação dos dados de doentes.

Consentimento: Consentimento do doente para publicação obtido.

Proveniência e Revisão por Pares: Não comissionado; revisão externa por pares.

Ethical Disclosures

Conflicts of Interest: The authors have no conflicts of interest to declare.

Financing Support: This work has not received any contribution, grant or scholarship.

Confidentiality of Data: The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

Patient Consent: Consent for publication was obtained.

Provenance and Peer Review: Not commissioned; externally peer-reviewed.

References / Referências

- Harris GJ. Idiopathic orbital inflammation: a pathogenic construct and treatment strategy: The 2005 ASO-PRS Foundation Lecture. *Ophthalmic Plastic and Reconstructive Surgery*. 2006; 22:79-86. doi:10.1097/01.iop.0000203734.52333.93
- Yan J, Qiu H, Wu Z, Li Y. Idiopathic orbital inflammatory pseudotumor in Chinese children. *Orbit*. 2006;25:1-4. doi: 10.1080/01676830500505608
- Li Z, Chen Y, Liu H, Wu Q, Yang B, Zhang J, et al. Clinical features and recurrence patterns of pediatric idiopathic orbital inflammatory disease. *BMC Ophthalmol*. 2025;25:649. doi:10.1186/s12886-025-04498-7.
- Mombaerts I, McNab AA. Idiopathic Orbital Myositis Revisited. *Curr Rheumatol Rep*. 2022;24:20-26. doi: 10.1007/s11926-022-01052-y
- Fang Y, Shen B, Dai Q, Xie Q, Wu W, Wang M. Orbital inflammatory pseudotumor: new advances in diagnosis, pathogenesis, and treatment. *Eur J Med Res*. 2023;28:395. doi:10.1186/s40001-023-01330-0
- Tanya SM, Kulbay M, Fonseca Falcao M. Orbital myositis: a rare initial manifestation of pediatric Crohn's disease. *Can J Ophthalmol*. 2025;60:e646-e648. doi:10.1016/j.cjco.2025.03.011
- Mahdavi S, Higgins G, Kerr N. Orbital pseudotumor in a child with juvenile rheumatoid arthritis. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus*. 2005;42:185-8.
- Montagnese F, Wenninger S, Schoser B. "Orbiting around" the orbital myositis: clinical features, differential diagnosis and therapy. *J Neurol*. 2016;263:631-40. doi: 10.1007/s00415-015-7926-x
- Parra-Rodas LM, Parra-Rodas E, Jimenez-Villegas MJ, Cartagena-Agudelo Y, Cabrera-Hemer DN. Miositis orbitaria, una causa de oftalmoplejia dolorosa en pediatría. *Rev Chil Pediatr*. 2020;91:930-5. doi: 10.32641/rchped.v91i6.1484
- Spindle J, Tang SX, Davies B, Wladis EJ, Piozzi E, Pellegrini M, et al. Pediatric Idiopathic Orbital Inflammation: Clinical Features of 30 Cases. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*.

- 2016;32:270-4. doi:10.1097/IOP.0000000000000494
11. Kang MS, Yang HK, Kim N, Hwang JM. Clinical Features of Ocular Motility in Idiopathic Orbital Myositis. *J Clin Med*. 2020;9:1165. doi: 10.3390/jcm9041165.
 12. Culligan B. Orbital myositis following streptococcal pharyngitis in a pediatric patient. *Optometry*. 2005;76:250-8. doi:10.1016/s1529-1839(05)70300-6
 13. Pakdaman MN, Sepahdari AR, Elkharny SM. Orbital inflammatory disease: pictorial review and differential diagnosis. *World J Radiol*. 2014;6:106-15. doi:10.4329/wjr.v6.i4.106.
 14. Ota M, Shimizu T, Yoshida H, Kawata A, Kinoshita M, Nakano S, et al. Clinical features and therapeutic responses of idiopathic orbital myositis. *Neurol Clin Neurosci*. 2015;3:63-67. doi: 10.1111/ncn3.151
 15. Eshraghi B, Sonbolestan SA, Abtahi MA, Mirmohammadsadeghi A. Clinical characteristics, histopathology, and treatment outcomes in adult and pediatric patients with nonspecific orbital inflammation. *J Curr Ophthalmol*. 2019;31:327-34. doi:10.1016/j.joco.2019.03.004
 16. Keen JA, Kennedy BJ, Mishulin A, Winkler K, Fernandez-Ruiz M, Black EH, Roarty J. Adult Versus Pediatric Relapse and Recurrence in Orbital Inflammatory Syndrome. *Ophthalmic Plast Reconstr Surg*. 2021;37:77-80. doi: 10.1097/IOP.0000000000001705.
 17. Wiersinga WM, Regensburg NI, Mourits MP. Differential involvement of orbital fat and extraocular muscles in Graves' ophthalmopathy. *Eur Thyroid J*. 2013;2:14-21. doi:10.1159/000348246
 18. Keren S, Lapira M, McCallum E, Sipkova Z, Qureshi A, Wilson S, et al. Paediatric orbital lymphoma; a case series and review of the literature. *Eye*. 2023;37:1013-9. doi:10.1038/s41433-022-02253-y
 19. Agarwal A, Vempuluru VS, Kaliki S. Primary ocular, adnexal, and orbital rhabdomyosarcoma: A review. *Surv Ophthalmol*. 2025;70:868-81. doi:10.1016/j.survophthal.2025.03.009
 20. Porhajhosseini S, Al-Sallami A, Al-Rubaye S. Idiopathic lateral rectus myositis in preteens: a case report. *Radiol Case Rep*. 2022;17:4580-3. doi:10.1016/j.radcr.2022.08.109.
 21. Hattori H, Ohnishi S, Nakagawa Y, Ikemiya M, Yamato K, Matsuoka O, et al. An infant with idiopathic orbital myositis poorly responsive to steroid therapy: a case report. *Brain Dev*. 2005;27:160-2. doi: 10.1016/j.braindev.2004.05.002