



A PEDIATRIA EM TEMPOS DE CORONAVÍRUS

“De tudo, ficaram três coisas: a certeza de que ele estava sempre começando, a certeza de que era preciso continuar e a certeza que seria interrompido antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo. Fazer da queda um passo de dança, do medo uma escada, do sonho uma ponte, da procura um encontro.”

Fernando Sabino

Queridos colegas,

O Brasil e o mundo estão vivendo a pior crise de saúde do nosso século devido à pandemia do novo Coronavírus. A mídia e os artigos científicos publicados no mundo inteiro se complementam na tentativa de compreender a doença. Todos os dias nos deparamos com novos estudos em importantes publicações científicas revelando o quanto esse vírus é avassalador.

Nós, pediatras, estamos vivendo um momento único em nossa vida pessoal e profissional. Estamos mais conectados do que nunca em busca de uma resposta que nos aponte uma solução para o fim dessa crise humanitária. É falsa a ilusão de que a atual perda da liberdade, para aqueles que estão cumprindo o isolamento, corresponde a uma súbita fartura de tempo. Confinados ou não, nos sobra pouco tempo para fazer ou estudar algo que não esteja relacionado ao *coronavírus*. É um momento, para nós pediatras, de muito trabalho e estudo. Se para alguns o ritmo de plantões está mais intenso, para outros o consultório passou a ser

exercido a distância, através da telemedicina, ou presencial, porém cheio de novas normas. Essas novas medidas de higiene, aliás, precisam ser incorporadas ao nosso cotidiano de uma maneira geral, pois trarão grandes benefícios para a humanidade em termos de saúde.

Os colegas que fazem plantão, ou que estão diretamente ligados ao atendimento, não podem renunciar a seus equipamentos individuais de proteção. Aqueles que estão vivenciando novas situações em seu local de trabalho, devem se aprimorar buscando cursos de capacitação.

É preciso decifrar qual é a real história da doença nas crianças e nos adolescentes. Precisamos descobrir se existe alguma droga que possa auxiliar no tratamento e esperar ansiosamente por uma vacina. Não sabemos ainda em quanto tempo teremos uma vacina eficaz. No mundo inteiro vacinas estão sendo testadas. A nossa Bio-Manguinhos tem um grande protagonismo nesse processo.

É um grande desafio orientar pais e pacientes para que enfrentem com bravura este momento. É muito importante que os pais apoiem seus filhos, aconchegando, conversando, estabelecendo um diálogo que normalmente não acontece no dia a dia.

Um dos pontos que mais nos aflige é a divulgação de *fake news*. Muitas publicações científicas, aprovadas sem o necessário rigor metodológico, viram verdades que caem por terra dias após serem divulgadas. Para reverter esse quadro, contamos com grande apoio dos presidentes dos nossos Departamentos Científicos e Grupos de Trabalho. Eles estão nos ajudando a produzir conteúdo de qualidade para tentarmos esclarecer sobre as diversas faces do *coronavírus*. Aproveite esse espaço para agradecer a todos que estão colaborando nessa luta. Estamos mantendo todas as nossas mídias atualizadas com informação relevante, não só para os pediatras, como para os nossos leitores.

Para nós, da SOPERJ, o isolamento social nos fez adiar muitos projetos. Nosso congresso de Emergências Pediátricas foi transferido para novembro e o CONSOPERJ para 2021. Citamos esses por serem nossos maiores eventos desse ano, mas outros também tiveram suas datas adiadas.

Quero ainda acrescentar que no meio de uma pandemia como essa, temos certeza de uma coisa: precisamos fortalecer o Sistema Único de Saúde. O SUS vem sendo posto à prova e superando expectativas no que diz respeito à funcionalidade num momento inédito e absolutamente crítico. Temos confiança que se existe algum legado de tudo isso que estamos vivendo, esse será um sistema público de saúde de melhor qualidade e com acesso de qualidade para todos.

Quero finalizar fazendo um pedido aos colegas. Por favor, se cuidem, cuidem da sua saúde física e mental. Sou uma otimista incorrigível e tenho certeza de que, depois dessa crise, sairemos melhores e mais fortes. A angústia desses dias também vai passar. Precisamos manter nosso foco, fortalecer a empatia, a inclusão, o engajamento nas nossas questões éticas e trabalhistas. Vamos em busca de um mundo socialmente justo, sempre trabalhando em equipe. Podem contar com a SOPERJ, estaremos sempre juntos.

O filósofo Alain Botton afirma que o silêncio é um momento em que a mente pode se organizar e entender, são as chamadas viagens no sofá. Espero que esse momento também sirva para uma grande reflexão sobre a vida, sobre a nossa profissão e a nossa missão no mundo: cuidar de crianças e adolescentes.

Um abraço,

Katia Telles Nogueira

Presidente da SOPERJ – Triênio 2019 – 2021

O ANO DA COVID-19

Quem poderia imaginar que o ano de 2020, para o qual a SOPERJ já tinha vários eventos agendados, começaria com uma nova pandemia? A COVID-19 surpreendeu o mundo e nos mobilizou em muitos sentidos (profissionais, familiares, humanitários), com envolvimento pessoal e coletivo não só na área científica, mas também nos aspectos políticos, econômicos e até existenciais.

Nossa agenda de eventos precisou ser alterada e já estamos remarcando novas datas para atender à expectativa de todos.

Mas durante todo o período de distanciamento social a SOPERJ trabalhou a todo vapor. A Diretoria, a Secretaria, as Assessorias de Comunicação e de Imprensa e os Departamentos Científicos e Grupos de Trabalho produziram variados documentos de grande interesse, alimentando nossas mídias: [Facebook.com/soperjrj](https://www.facebook.com/soperjrj), [instagram \(soperjrj\)](https://www.instagram.com/soperjrj) e nosso Site, que foi recentemente modernizado. (www.soperj.org.br).

A partir desse número o Boletim SOPERJ deixa de ser impresso e passa a ser disponível apenas na versão *online*.

ATENÇÃO: Novas datas de alguns eventos reagendados.



2020

08/ago · 22/ago
12/set · 26/set

08:30 às 17:30



Mantenha-se atualizado consultando o site da SOPERJ: www.soperj.org.br
REVISTA DE PEDIATRIA SOPERJ: www.revistadepediatriasoperj.org.br

Boletim SOPERJ

Filiada à Sociedade Brasileira de Pediatria – Volume XXIII – Nº 1 – abril 2020



SOPERJ
Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro

DIRETORIA DA SOPERJ TRIÊNIO 2019 - 2021

Presidente: Katia Telles Nogueira; **Vice-Presidente:** Claudio Hoineff; **Secretário Geral:** Anna Tereza Miranda Soares de Moura; **1º Secretário:** Christianne D'Almeida Martins; **1º Tesoureiro:** Maria Marta Regal de Lima Tortori; **2º Tesoureiro:** Arnould Kaufman; **Diretor de Cursos e Eventos:** Aurea Lucia Alves de A. Grippa de Souza; **Diretor Adjunto de Cursos e Eventos:** Maria de Fátima Monteiro Pereira Leite; **Diretor de Publicação:** Joel Conceição Bressa da Cunha; **Diretor Adjunto de Publicação:** Adriana Rocha Brito; **Diretor de Ética e Valorização Profissional:** Maria Nazareth Ramos Silva; **Diretor Adjunto de Ética e Valorização Profissional:** Ana Rosa Castellões dos Santos; **Diretor de Projetos Especiais:** Isabel Rey Madeira; **Diretor Adjunto de Projetos Especiais:** Leda

Amar de Aquino; **Diretor de Relacionamento com Associados:** Silvio da Rocha Carvalho; **Membros da Diretoria de Relacionamento com Associados:** Aline Masiero Fernandes Marques, Cássia Freire Vaz e Eduardo de Macedo Soares; **Coordenador de Departamentos Científicos:** Marcia Fernanda da Costa Carvalho; **Coordenador do Curso de Atualização em Pediatria (CAP):** Marcia Fernanda da Costa Carvalho; **Comissão de Sindicância:** Silviano Figueira de Cerqueira, Maria Tereza Fonseca da Costa e Raimunda Izabel Pirá Mendes; **Conselho Fiscal:** Edson Ferreira Liberal, Leda Amar de Aquino, Sheila Muniz Tavares, Hélcio Villaça Simões e Sergio Augusto Cabral; **Conselho Consultivo:** Edson Ferreira Liberal e Isabel Rey Madeira; **Coordenação do Curso Pediatric Advanced Life Support (PALS):** Regina Coeli de Azeredo Cardoso e Débora Santos de Oliveira; **Coordenação do Curso de Reanimação Neonatal:** José Dias Rego, Giselda de Carvalho da Silva e Fabio Chaves Cardoso;

Diretoria de Coordenação das Regionais: Paulo César Guimarães e Luiz Ildgardes Alves de Alencar; **Presidentes Regionais – Regional Baixada Fluminense:** Fernanda Silva Guimarães; **Regional Lagos:** Denise Garcia de Freitas Machado e Silva e Gabriela Santos Magalhães Nogueira (Vice-Presidente); **Regional Leste Fluminense:** Ana Flavia Malheiros Torbey; **Regional Médio Paraíba:** Luciano Rodrigues Costa e Amaro Ronaldo Inácio Filho (Vice-Presidente); **Regional Norte Fluminense:** Sylvia Regina de Souza Moraes; **Regional Serrana:** Felipe Machado Moliterno; **Regional Sul Fluminense:** Luciano Rodrigues Costa e Amaro Ronaldo Inácio Filho; (Vice-Presidente); **Regional Zona Oeste:** Elisabete Isidoro Caetano. **Editor Chefe - Revista de Pediatria SOPERJ:** Clarisse Pereira Dias Drumond Fortes.

Diagramação: DC Press (21) 2205-0707 - www.dcpres.com.br

MITOS E VERDADES SOBRE O ESTRIDOR NA PEDIATRIA

Conceitualmente, o estridor nada mais é do que um som audível originado, durante a respiração, pelo fluxo turbulento de ar em uma via aérea que tem algum grau de obstrução. Ideias básicas de que estridor é sinônimo de laringomalácia e que, em sendo laringomalácia, nada temos a fazer, são altamente perigosas, embora saibamos que aproximadamente 65% dos estridores sejam causados pela laringomalácia¹. Devemos ter em mente que estridor é sintoma, não diagnóstico, portanto deve ser investigado. Dependendo da gravidade do quadro, além do ruído, outros sintomas podem estar presentes, como cianose, retração intercostal e sonolência.

Somos sempre impulsionados, diante de uma criança ruidosa, a investigar o local e a causa da obstrução da via aérea, mas antes de prosseguir vale uma pergunta básica e que nem sempre fazemos: qual o grau de desconforto respiratório do meu paciente? Na prática clínica, perguntas objetivas, como se a criança está comendo ou não, se está brincando ou não e se está sonolenta ou não dirigem a urgência da investigação. E se estamos diante de uma urgência, devemos rapidamente pensar em internar nosso paciente.

A avaliação de uma criança ruidosa deve seguir um roteiro básico onde felizmente o centro da investigação não depende de alta tecnologia e de altos recursos. Ela está baseada em uma boa anamnese. Seguindo um passo a passo, se possível nesta ordem, devemos primeiro diferenciar o estridor de outros ruídos produzidos pela criança. E neste ponto, devemos saber distinguir estridor de ronco e de sibilo. Uma vez definido que estamos diante de um estridor, uma segunda análise talvez nos

permita (nem sempre é fácil, mas devemos tentar), diferenciar a fase do ciclo respiratório que este som é produzido, mais especificamente se é inspiratório, bifásico ou expiratório².

A criança com estridor também nos faz voltar para nossas aulas de anatomia e fisiologia, principalmente porque deveremos nos perguntar em alguma fase desta investigação, sobre as funções básicas da laringe. Além da *função respiratória*, já que estamos inevitavelmente perguntando aos pais ou cuidadores se a criança de fato está com falta de ar, também se ela engasga ou fica cianótica quando mama (*função esfínteriana* da laringe, alterada, por exemplo, nos clefts laríngeos e na fistula traqueoesofágica) e se ela está disfônica (*função fonatória* da laringe, alterada nas membranas glóticas e paralisias unilaterais da laringe).

Uma história detalhada reduz o número de diagnósticos possíveis. A história da gravidez e do parto; se houve necessidade de intubação prévia; se o estridor já apareceu na sala de parto; se mamou com dificuldade; se chorou rouco ou não; se tem alguma síndrome ou cardiopatia associada e se foi submetido a alguma cirurgia cervical ou cardiorábrica: tudo isso deve ser devidamente perguntado.

Uma boa anamnese deve ser seguida de um exame físico também pormenorizado. Avaliamos possíveis distúrbios faciais, proporção da língua e da mandíbula, assim como realizamos ausculta pulmonar e cardíaca e checamos a patência das fossas nasais. O passo seguinte, na grande maioria das vezes, é a nasofaringolaringoscopia flexível, em consultório ou em centro cirúrgico. É ela que permite a avaliação da dinâmica das vias aerodigestivas superiores e nos auxiliará no diagnóstico etiológico do estridor. A laringotraqueobroncoscopia sob

anestesia geral ficará guardada para situações específicas, quando estamos diante de situações de não-melhora deste estridor, quando precisamos de uma avaliação das vias aéreas inferiores e quando precisamos de uma broncoscopia, além de diagnóstica, terapêutica. Exames de imagem também devem ser solicitados somente se mudam a conduta do caso e se são importantes no prognóstico³.

Assim, na era da Medicina moderna, ainda estamos diante de uma situação onde anamnese, exames físicos e endoscópicos permitem o diagnóstico da criança com estridor. Nunca nos esqueçamos de que o estridor nem sempre é laringomalácia e caso estejamos diante da tão falada malácia, muito temos a oferecer para nosso paciente, além de esperar. Grande parte das crianças com laringomalácia (80-90%)⁴ não necessita de nenhum tipo de tratamento; modificações na consistência da dieta e a terapia de supressão ácida podem ser indicadas em pacientes com engasgos e dificuldade em ganhar peso. O tratamento cirúrgico (supraglotoplastia) é indicado numa parcela pequena de pacientes, especialmente naqueles com cianose e desconforto respiratório importante, causados por esta anomalia congênita em questão.

Referências bibliográficas:

1. MONNIER, P. (ED.). **Pediatric airway surgery: management of laryngotracheal stenosis in infants and children**. Heidelberg: Springer, 2011.
2. DIAS DA SILVA, M. DAS G.; MILWARD, G. **Endoscopia Pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2004.
3. HOLINGER, L. D.; LUSK, R. P.; GREEN, C. G. (EDS.). **Pediatric laryngology and bronchoesophagology**. Philadelphia, Pa.: Lippincott-Raven, 1997.
4. LIOY, J.; SOBOL, S. E. (EDS.). **Disorders of the neonatal airway: fundamentals for practice**. New York; Heidelberg: Springer, 2015.

O DIREITO À INFÂNCIA E DESENVOLVIMENTO PLENO: O QUE FALTA CONQUISTAR?

Ser criança é diferente de ter infância. Enquanto o conceito de ser criança está atrelado a índices como a idade, a infância é entendida como uma fase especial associada ao cuidado, proteção e direitos a educação, ao brincar e ao pleno desenvolvimento de seu potencial. Seria possível estimar em que medida isto se encontra negligenciado em nosso país e o impacto na transmissão intergeracional da pobreza? Podemos entender que estas questões deveriam ser voltadas aos gestores das políticas públicas de saúde. Entretanto, a não identificação de fatores de risco e desvios, além da ausência de tratamento oportuno, levam a prejuízos no desenvolvimento.

Ao se reconhecer a importância da integração do desenvolvimento infantil a saúde e nutrição, entendemos que parcerias com a área de educação são fundamentais nesse processo. Os pediatras, desde a atenção básica até os níveis de maior complexidade, devem estar envolvidos na aplicação de políticas públicas que contemplem a integralidade do cuidado, seja no setor público ou privado. Entendemos que a capacitação dos profissionais envolvidos deva ir além do conteúdo específico, contemplando a forma interdisciplinar de trabalho, tão necessária no mundo contemporâneo.

Sobre crescimento e desenvolvimento, destacamos a existência de um potente instrumento de vigilância nacional do crescimento e desenvolvimento: a Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde. Apesar de seus 25 anos de existência gráfica, as pesquisas sobre sua utilização relatam falhas consideráveis na utilização deste instrumento, relacionadas ao preenchimento (apenas 44,5% apresentam um preenchimento satisfatório), especialmente dos marcos de desenvolvimento neuropsicomotor (10,4%).

Lembramos que além de instrumento de vigilância da criança para os profissionais de saúde, a caderneta da criança é um exemplo de participação cidadã, colocando a família no centro do processo, indo ao encontro do preconizado pela Política de Atenção Integral à Saúde da Criança (estímulo à autonomia do cuidado e corresponsabilidade da família).

Outra ação que merece destaque é a de Proteção, Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno, implementada no país desde 1981 e as ações de combate às carências nutricionais no contexto da Política Nacional de Alimentação e Nutrição.

Ratificado pelas melhores evidências científicas, o período entre a concepção e os 24 meses é o mais sensível aos efeitos da nutrição no crescimento que por sua vez influencia o desenvolvimento cognitivo. Sabemos que as desigualdades no desenvolvimento de nossas crianças se iniciam precocemente, tendo um caráter intergeracional e adentrando o pré-natal, e se ampliam gradativamente na existência de riscos precoces, múltiplos e cumulativos. O simples registro de nascimento não se encontra acessível a todos e seria o primeiro passo na redução da transmissão da pobreza através das sucessivas gerações, atuando como um fator de proteção. Fatores adversos acumulativos são potencialmente mais nocivos do que os isolados, provavelmente por afetar o gerenciamento fisiológico do estresse (pobreza, desigualdade social e a violência, em seus vários graus e aspectos).

Reduzir estas desigualdades na oportunidade ao pleno desenvolvimento biopsicossocial requer intervenções precoces e integradas, fomento a fatores de proteção que possam equilibrar os efeitos adversos dos riscos, ou seja, requer políticas de intervenção precoce na primeira infância e especialmente até 3 anos de idade. Uma estratégia, respaldada na alta prevalência de crianças em risco (superior a 40%) que não atingem seu potencial de desenvolvimento em diversos países ou regiões, seria oferecer intervenção dirigida a crianças em situação de maior vulnerabilidade. Os governos deveriam alocar mais recursos para programas de desenvolvimento infantil de qualidade para crianças menos favorecidas.

Algumas propostas já apontadas, na ordem de maior para menor evidência: (1) Programas de educação para os pais ou parentalidade consciente e responsável; (2) Desenvolvimento de ações voltadas à alimentação e nutrição das crianças na primeira infância; (3) Oferecer acesso a creche, pré-escola e atividades de leitura/contação de histórias; (4) Realizar visitas domiciliares visando à avaliação do desenvolvimento infantil no contexto familiar; (5) Estruturar ações voltadas à promoção do desenvolvimento infantil na rede de atenção básica.

A escolha e aplicação destas propostas precisa levar em conta as variáveis envolvidas na formulação das políticas para a primeira infância e como elas articulam com os setores onde estas mesmas políticas serão implementadas, assim como, a capacidade de avaliação e manutenção dos projetos. Precisamos garantir:

(1) Cooperação intersetorial que mapeie as políticas públicas já existentes e rede intersetorial de serviços (em especial saúde, educação e desenvolvimento social); (2) Criação de espaços que propiciem a reflexão sobre formas viáveis de implementação de projetos ininterruptos para a promoção do desenvolvimento infantil; (3) capacitação dos profissionais que atuam na primeira infância com conteúdo baseado na melhor evidência científica e (4) avaliação da efetividade das políticas através do monitoramento dos projetos de intervenção propostos e capacidade de manutenção dos mesmos de forma sistemática.

Assim, voltamos a nossa pergunta inicial: o que falta conquistar? Muito. Entretanto, dentro da complexidade desta rede de cuidado, nós pediatras temos um papel insubstituível ao empoderar as famílias para uma participação efetiva no processo de desenvolvimento das crianças, e ao articular com a rede e a escola. Nos nossos pequenos domínios, seja na consulta em pediatria, no atendimento na rede básica, no atendimento multiprofissional e interdisciplinar em crianças biologicamente de maior risco em unidades de alta complexidade, devemos estar atentos ao fato que as intervenções intersetoriais são as mais eficazes, especialmente com a educação.

Referências bibliográficas:

- Black MM, Walker SP, Fernald LCH et al. Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale. *Lancet*. 2017 January 07; 389(10064): 77-90. doi:10.1016/S0140-6736(16)31389-7
- Aries P. História Social da Criança e da Família. Rio de Janeiro. Ed: LTC 2. ed.224 pp
- Costa Caminha, Maria de Fátima, Lins da Silva, Suzana, de Carvalho Lima, Marília, Álvares Costa Caminha de Azevedo, Pedro Tadeu, dos Santos Figueira, Maria Cristina, Batista Filho, Malaquias, VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: ANÁLISE DA SITUAÇÃO BRASILEIRA. *Revista Paulista de Pediatria* [Internet]. 2017;35(1):102-109. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406050411016>
- Amorim LP, Senna MIB, Soares ARS et al. Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(2):585-597, 2018 DOI: 10.1590/1413-81232018232.06962016
- Evans GW, Kim P. Pobreza infantil, estresse crônico, auto-regulação e enfrentamento. *Criança Dev Perspect*. 2013; 7 : 43-48. [Google Acadêmico]
- McCoy DC, Raver CC. Instabilidade familiar e auto-regulação entre crianças pobres. *J Pobreza infantil*. 2014; 20 : 131-52. [Artigo livre do PMC] [PubMed]
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: promovendo o desenvolvimento na primeira infância / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 64 p. : il.

VOCÊ SABE O QUE É CRMO?

CRMO (osteomielite crônica multifocal) é a sigla utilizada para definir um tipo de osteomielite crônica não causada por bactérias. Descrita pela primeira vez em 1972, atualmente é considerada uma doença autoinflamatória e pode se manifestar com dores crônicas em membros. Na maioria das vezes as lesões surgem em vários ossos (multifocal) embora alguns destes sítios sejam assintomáticos. Como pode ser unifocal em 16% dos pacientes, alguns autores preferem denominá-la simplesmente como CNO (osteomielite crônica não bacteriana). Além de não ser comum, é subdiagnosticada. Afeta principalmente o gênero feminino, com idade média do início dos sintomas entre 8-11 anos.

A dor óssea é a queixa principal em mais de 90% dos pacientes e, diferente da osteomielite causada por bactérias, o início costuma ser insidioso, frequentemente não valorizado ou reconhecido, retardando o diagnóstico por vários meses. Metade dos pacientes refere aumento de volume sobre a área da lesão óssea e, às vezes, aumento do calor. Pode existir febre baixa mas com estado geral bom. Outras manifestações clínicas menos frequentes são lesões cutâneas (acne grave, pustulose palmo-plantar, psoríase), artrite, espondilite, doença intestinal inflamatória e outras doenças imuno-mediadas. Em adultos, a apresentação geralmente é como síndrome SAPHO (Sinovite, Acne, Pustulose, Hiperostose e Osteíte).

Os exames laboratoriais não são de grande ajuda. Em uma série com 131 pacientes com idade inferior a 18 anos, leucocitose foi observada em 20% e aumento da velocidade de hemossedimentação e da proteína C reativa em 40%.

As radiografias mostram esclerose (51%), reação periosteal (38%) e lesões líticas (28%). A ressonância magnética (com sequências STIR) é o padrão-ouro para identificar lesões ainda assintomáticas reveladas pela presença de edema ósseo antes de surgir espessamento de osso cortical e as lesões líticas. Atualmente, na suspeita diagnóstica, recomenda-se realizar a ressonância magnética de corpo total para localizar os múltiplos locais acometidos e servir para acompanhar a resposta ao tratamento. Os locais mais acometidos são as metáfises de ossos longos de membros inferiores (sobretudo a porção distal da tíbia), seguidos por clavícula,

pelve, vértebra, mandíbula e calcâneo. A cintilografia óssea é uma alternativa quando a RM não é disponível pois pode mostrar hipercaptação nas lesões.

A biópsia óssea poderá ser evitada se o estado geral for bom e existirem múltiplas lesões radiológicas consistentes com o diagnóstico. Na dúvida, ou diante da possibilidade de se tratar de doença maligna, a biópsia deverá ser realizada. Outros elementos a favor da realização da biópsia são queda do estado geral, persistência de reagentes de fase aguda elevados, anormalidades hematológicas, lesões unifocais ou atípicas como, por exemplo, os ossos do crânio. Os achados histológicos na CRMO mostram infiltrado inflamatório na ausência de infecção. O tipo de infiltrado inflamatório se correlaciona com a idade da lesão biopsiada: neutrófilos predominam nas lesões iniciais enquanto linfócitos, macrófagos e plasmócitos em fases mais tardias. Nos estágios finais predomina a fibrose.

O diagnóstico se apoia no quadro clínico, nas imagens e, quando necessário, nos achados histológicos. Recentemente, foram propostos critérios diagnósticos baseados na experiência com uma série de pacientes (quadro 1). O diagnóstico diferencial inclui doenças malignas (leucemia, linfoma, tumores primários ou metastáticos de ossos), histiocitose de células de Langerhans e infecções.

Uma conferência de consenso realizada em 2018 sugeriu alguns protocolos de tratamento. Os medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais constituem o tratamento de primeira linha pois são úteis para o controle da dor e capazes de induzir remissão em um pequeno grupo de pacientes. Se estes falharem, após um mês de uso contínuo, deve-se introduzir uma droga de segunda linha como o metotrexato, anti-TNF α ou bifosfonato (preferencialmente o pamidronato). Se a lesão for em vértebra ou mandíbula, os bifosfonatos podem ser usados desde o início do tratamento. Uma alternativa aos bisfosfonatos são os inibidores de TNF α . Em pacientes cuja doença cursa com artrite, espondilite ou manifestações gastrointestinais, a sulfasalazina, o metotrexato e o anti-TNF α podem ser indicados. A avaliação da eficácia do tratamento deve ser feita em bases clínicas e em imagens de ressonância magnética, repetida no 6º e 12º mês de tratamento.

O curso da doença pode ser recorrente (surto de atividade intercalados com períodos

Quadro 1- Critérios diagnósticos de CRMO propostos em Bristol

Presença de achados clínicos típicos: dor óssea +/- edema localizado sem características de inflamação ou infecção local ou sistêmica

E

Presença de achados radiológicos típicos: radiografias mostrando combinação de áreas líticas, esclerose e neoformação óssea ou, preferivelmente ressonância magnética com STIR mostrando edema de medula óssea +/- expansão óssea, áreas líticas e reação periosteal

ETAMBÉM

Critério 1: Mais de um osso (ou somente clavícula) sem aumento significativo da proteína C reativa

OU

Critério 2: Se a doença for unifocal (exceto clavícula) ou proteína C reativa >30g/L, necessita biópsia óssea mostrando alterações inflamatórias (plasmócitos, osteoclastos, fibrose ou esclerose) sem crescimento bacteriano estando sem terapia antibiótica

assintomáticos e sem necessidade de medicamentos) ou persistente (queixas contínuas por mais de 6 meses com ou sem tratamento). Raramente ocorrem complicações como fraturas com compressão vertebral, cifose e discrepância de comprimento de membros.

Referências Bibliográficas

1. Bhat CS, Anderson C, Harbinson A, McCann LJ, Roderick M, Finn A, Davidson JE, Ramanan AV. Chronic non bacterial osteitis- a multicenter study. *Pediatric Rheumatology* (2018) 16 (1):74
2. Bhat CS, Roderick M, Sen ES, Finn A, Ramanan AV. Efficacy of pamidronate in children with chronic non-bacterial osteitis using whole body MRI as a marker of disease activity. *Pediatric Rheumatology* (2019) 17(1):35
3. Arnoldi AP, Schlett CL, Douis H, Geyer LL, Voit AM, Bleisteiner E, Jansson AF, Weckbach S. Whole-body MRI in patients with Non-bacterial Osteitis: Radiological findings and correlation with clinical data. *Eur Radiol* (2017) 27 (6):2391-2399
4. Roderick MR, Shah R, Rogers V, Finn A, Ramanan AV. Chronic recurrent multifocal osteomyelitis (CRMO) – advancing the diagnosis. *Pediatric Rheumatology* (2016) 14 (1):47
5. Zhao Y, Wu EY, Oliver MS, Cooper AM et al. Consensus Treatment Plans for Chronic Nonbacterial Osteomyelitis Refractory to Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs and/or with Active Spinal Lesions. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2018 Aug;70(8):1228-1237

SUGESTÕES DE LEITURA PARA ATUALIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES SOBRE A COVID-19 E DE ATIVIDADES EM TEMPOS DE ISOLAMENTO / DISTANCIAMENTO SOCIAL

Ministério da Saúde

- Diretrizes para diagnóstico e tratamento da COVID-19
<https://bit.ly/2VgGzpc>
- Protocolos e orientações aos profissionais e serviços de saúde sobre atendimentos – COVID-19
<https://bit.ly/2xYSHDi>
- Boletim Epidemiológico 13 Centro de Operações de Emergência Saúde Pública | Doença pelo Coronavírus 2019
<https://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/21/BE13---Boletim-do-COE.pdf>
- Orientações sobre o uso de máscaras de proteção respiratória frente à atual situação epidemiológica referente à infecção pelo SARS-COV-2
<https://bit.ly/2V3emlC>

Governo do Estado do Rio de Janeiro – Secretaria de Saúde

- <https://coronavirus.rj.gov.br>
- <http://painel.saude.rj.gov.br/monitoramento/covid19.html>

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

- Informações sobre terapias em investigação para pacientes com COVID19, contendo Guidelines para tratamento e pesquisa de ensaios clínicos
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/therapeutic-options.html>



Foto: The Visuals You Need/Depositphotos

Sociedade Brasileira de Pediatria

- Grupo de Trabalho de Saúde Mental. Promoção de Saúde Mental em Tempos de COVID-19: Apoio aos Pediatras. 2020.
https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22485c-NA - Prom SaudeMentalTempos COVID19- Apoio Pediatras.pdf (Traz, ao final, uma lista de atividades de lazer e culturais para aproveitar o tempo em distanciamento social com mais qualidade).
- Calendário de vacinação da Sociedade Brasileira de Pediatria 2020
<https://bit.ly/2XkUFJ7>
- SBP Calendário vacinal da criança e a pandemia pelo coronavírus
https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/nt-sbpsbim-calendariodacrianca-pandemiacovid-200324.pdf
- Pais e filhos em confinamento durante a pandemia
<https://bit.ly/3aDMGKF>

- Diabetes mellitus e COVID-19 em Pediatria
https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22440b-NA - Diabetes Mellitus e COVID-19 em Pediatria.pdf
- Exame da orofaringe em situações específicas: faringotonsilites
<https://bit.ly/2wY9AhB>
- Agentes químicos para desinfecção de mãos e superfícies de contato
https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22472c-NA - Agentes Quimicos desinfeccao na prevencao COVID19.pdf

Outros

- O Banco Itaú disponibiliza os livros do programa “Leia para uma criança” em PDF. Enviar a mensagem “Oi” para o Whatsapp (11)98151-1078