Boletim
SOPERJ

Órgão Informativo da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro • Vol. XXV – Nº 3 – dezembro 2022

Editorial

Prezados colegas,

Estamos completando o primeiro ano de nossa gestão. Foi um ano difícil, mas com a ajuda de toda a nossa diretoria executiva conseguimos suplantar os obstáculos e acredito que o resultado foi extremamente positivo. Realizamos no período um grande número de atividades científicas, elaboradas pelos nossos Departamentos Científicos e Grupos de Trabalho, com o apoio da diretoria executiva e de toda a diretoria estendida.

Nesta edição do Boletim SOPERJ vamos encontrar diversas atrações. Temas de extrema importância para o pediatra são abordados na área da Otorrinolaringologia, Gastroenterologia e Oftalmologia.

Temos também uma bela apresentação fotográfica do que foi o 3º Congresso Brasileiro de Urgências e Emergências Pediátricas, realizado em novembro em nossa cidade. O congresso foi um sucesso tanto no número de participantes, mais de 1.700 congressistas presentes, além de uma grade científica com renomados palestrantes nacionais e internacionais com temática de relevância na vida profissional do pediatra.

Na seção de entrevista da galeria de ex-presidentes da SOPERJ é a vez do Dr. Sidnei Ferreira, que presidiu a entidade no período de 2001 a 2003. O Dr. Sidnei exerce atualmente o cargo de diretor financeiro da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), tendo sido Secretário Geral nas duas últimas gestões.

Finalmente cumprimento mais uma vez a Dra. Adriana Rocha Brito, nossa diretora de publicações e responsável pelo nosso Boletim, pela sua dedicação, estendendo os cumprimentos e agradecimentos a toda a diretoria executiva.

Um abraço a todos,

Claudio Hoineff

Presidente da SOPERJ – Triênio 2022-2024

Índice

- **Agenda SOPERJ**
- **Corpo estranho esofágico – e quando é uma bateria?**
- **Uso de probióticos na gastroenterologia pediátrica**
- **Neurite óptica associada à Esclerose Múltipla**
- **Dr. Sidnei Ferreira (Triênio 2001 – 2003)**

AGENDA SOPERJ

São alguns dos nossos próximos eventos programados para 2023:

MARÇO
25/03
Discutindo Endocrinologia Pediátrica: Transgênero

25/03
Curso de Educação Médica Continuada em Pediatria CREMERJ/SOPERJ

ABRIL
15/04
Curso de Imunizações

MAIO
27/05
Curso de Educação Médica Continuada em Pediatria CREMERJ/SOPERJ

JUNHO
03/06
Curso de Obesidade – Departamento Científico de Endocrinologia

10/06
Jornada de Oftalmopediatria para pediatras: O que todo pediatra precisa saber

AGOSTO
23 – 26/08
Congresso Brasileiro de Adolescência
Evento presencial na cidade do Rio de Janeiro

SETEMBRO
02/09
Curso de Educação Médica Continuada em Pediatria CREMERJ/SOPERJ

OUTUBRO
28/10
Curso de Educação Médica Continuada em Pediatria CREMERJ/SOPERJ

NOVEMBRO
30/11 – 02/12
CONSOPERJ - Congresso da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro
Evento presencial no Centro de Convenções EXPOMAG, na cidade do Rio de Janeiro

Pediatra, mantenha-se atualizado sobre todos os nossos eventos, consultando o site da SOPERJ: www.soperj.org.br e as redes sociais @soperjrj no Instagram e no Facebook www.facebook.com/soperjrj.

Acompanhe os eventos realizados no canal youtube da SOPERJ – www.youtube.com/c/SociedadedePediatriadoEstadodoRioideJaneiro.

Confira artigos atualizados sobre temas pediátricos na Revista de Pediatria SOPERJ: www.revistadepediatriasoperj.org.br.

3º CONGRESSO BRASILEIRO DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

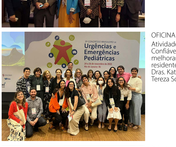
A belíssima cidade do Rio de Janeiro recebeu entre os dias 24 e 26 de novembro de 2022 o 3º Congresso Brasileiro de Urgências e Emergências Pediátricas, que contou com a participação de profissionais renomados e uma programação científica abrangente e elogiadíssima. O evento, realizado de forma presencial, foi organizado pela Sociedade Brasileira de Pediatria em parceria com a SOPERJ e presidido pela Dra. Katia Telles Nogueira.

Fotos: Divulgação

Cerimônia de Abertura, da esquerda para direita: mesa composta pelos Drs. Sérgio Amantéa - Presidente da Comissão Científica do Congresso e do Departamento Científico de Emergência da SBP, Katia Nogueira - Presidente do Congresso, Edson Liberal - Vice-Presidente da SBP, Claudio Hoinheff - Presidente da SOPERJ e Paula Tradi - Presidente do Departamento Científico de Emergência da SOPERJ.

Dr. Claudio Hoinheff, presidente da SOPERJ, que abriu as atividades do Congresso, dando as boas vindas a todos.

Da esquerda para direita: Prof. Edson Liberal, Regina Pires – secretária da SOPERJ e os Drs. Ana Rosa Castellões, Abelardo Bastos, Claudio Hoinheff e Christianne D'Almeida.



Da esquerda para direita: Drs. Ana Rosa Castellões, Edson Liberal, Katia Nogueira, Sheila Hoinheff, Márcia Fernanda Carvalho, Abelardo Bastos, Christianne D'Almeida e Claudio Hoinheff.

OFICINA DE HABILIDADES EPA
Atividade Profissional Confiável - O que podemos melhorar na formação dos residentes, moderada pelas Dras. Katia Nogueira e Anna Tereza Soares.

Palestrante internacional – Dr. Daniel Garros (Canadá), em Conferência presidida pelo Dr. Claudio Hoinheff.

Mesa com temas de Otorrinolaringologia com os Drs. Flávia Capone, Edio Cavalcante e Claudio Soriano.

Mesa Emergências neonatais: Drs. Alexandre Fernandes, Nicanor Macedo, Maria Marta Tortori e Ana Flávia Malheiros.

Emergências psiquiátricas: Drs. Ohl Carvalho, Katia Nogueira, Roberto Santoro e Gabriela Cerezet.

Conferência sobre Cefaleia com Dr. Eduardo Jorge, e presidida pela Dra. Andreia Moreira.

Boletim SOPERJ
Filiada à Sociedade Brasileira de Pediatria – Volume XXV – Nº 3 – dezembro 2022

DIRETORIA DO BIÊNIO/TRIÊNIO 2022 - 2024

Presidente: Claudio Hoinheff. **Vice-Presidente:** Alberto Bastos Pinto Junior. **Secretário-Geral:** Ana Rosa Castellões dos Santos. **1º Secretário:** Maria Maria Regal de Lima Torres. **2º Secretário:** Maria de Fátima Barbosa Pombo Sanchesna. **1º Tesoureiro:** Christiano D'Almeida Martins. **2º Tesoureiro:** Ana Alice Arnaud Bisaglia Ferreira. **Diretor de Cursos e Eventos:** Maria Fernanda Quintela. **Diretor de Defesa Profissional:** Ana Cristina Pires Monteiro de Barros. **Diretor de Defesa da Criança e do Adolescente:** Adriana Rocha Brito. **Diretor Adjunto de Publicações:** Jeel Concesição Bressa da Cunha. **Diretoria de Defesa da Pediatria:** Maria Nazareth Ramos Silva. **Diretoria Adjunta de Defesa da Pediatria:** Silvânia Figueira de Cerqueira. **Diretor de Relacionamento Institucional:** Luciano Rodrigues Costa. **Diretor Adjunto de Relacionamento Institucional:** Renato Procópio de Oliveira. **Coordenação de Curso de Educação Médica Continuada em Pediatria CMPJ:** Silvio da Rocha Carvalho e Mariana Tschepele Alves. **Comissão de Sindicância:** Maria Teresa Ferreira da Costa, Raimunda Isabel Pilú Mendes e Silvânia Figueira de Cerqueira. **Conselho Fiscal:** Edson Ferreira Liberal, Sergio Augusto Cabral, Sidnei Ferreira, Leila Anne de Aquino (suplente), Sheila Muniz Tavares (suplente). **Conselho Consultivo:** Katia Telles Nogueira, Isabel Rey Medina, Edson Ferreira Liberal, Maria de Fátima Bonifácio Sandes, Luciano Borges Sadigursky, Paulo Roberto Antonacci Carvalho, Eduardo Jorge Fernandes Custódio, Ricardo Rodrigues Ribeiro, Daniel Hélio Santos Garcia. **Coordenação de Curso de Reanimação Neonatal:** Gondin de Carvalho do Vilve e Gustavo Louis Reinsmuth. **Diretoria de Coordenação dos Regionais:** Paulo César Guimarães e Luiz Magnólio Alves de Alencar. **Presidentes Regionais:** Baixada Fluminense: Ana Cristina Ribeiro Zamora; Campos dos Goytacazes: Ana Maria Corrêa Waltrick; Cantagalo-Cordeiro: Silva Effio e Denise Garcia de Freitas Machado e Silva (Vice-Presidente); **Regional Leste Fluminense:** Ana Maria Malheiros Torres e Aurea Lúcia Alves de Azevedo Grigoja de Souza (Vice-Presidente); **Regional Médio Paraíba:** Luciano Rodrigues Costa e Arnaldo Ronaldo Inácio Pilho (Vice-Presidente); **Regional Norte Fluminense:** Sylvia Regina de Souza Moraes; **Regional Serrana:** Rodrigo Machado Wolfarth; **Regional Sul Fluminense:** Luciano Rodrigues Costa e Arnaldo Ronaldo Inácio Pilho (Vice-Presidente); **Regional Metropolitana:** Ana Cristina Ribeiro Zamora e Leonardo Rosa de Alencar (Vice-Presidente). **Editor-Chefe: Revista de Pediatria SOPERJ:** Clarissa Pereira Dias Drummond Furtado.

Diagramação: DC Press contato@dcpress.com.br

Dr. Edio Cavallaro
Membro e ex-presidente do Grupo de Trabalho de Otorrinolaringologia da SOPERJ

Corpo estranho esofágico – e quando é uma bateria?

O atendimento a crianças com relato de deglutição de objetos é situação frequente na atuação pediátrica e otorrinolaringológica em prontos-socorros, na maioria das vezes, a pacientes na faixa etária de 6 meses a 3 anos. Frequentemente os objetos já estão em progressão pelo trato gastrointestinal e a conduta é expectante na sua maior parte; apenas 10 a 20% dos corpos estranhos (CE) ingeridos precisarão ser removidos sob endoscopia, e menos de 1% vai precisar de intervenção cirúrgica.

As moedas são os CE mais comumente ingeridos, porém com baixo risco de complicações. Por outro lado, a ingestão de baterias ("baterias-botão") pode causar complicações como esofagite, estenose esofagiana, perfurações e necrose da parede esofágica, fístula traqueoesofágica, mediastinite e até evolução para óbito.

Crianças com CE esofágicos podem ser assintomáticas ou apresentarem sintomas como recusa alimentar, disfagia, vômito, sialorreia, dor retroesternal ou sintomas respiratórios por compressão traqueal, como o estridor. O exame físico deve se iniciar pela ausculta pulmonar, seguindo para oroscopia, palpação cervical em busca de crepitação, edema, calor ou dor e palpação abdominal para avaliar sinais de irritação peritoneal.

Para a investigação diagnóstica, radiografias simples em duas incidências (ântero-posterior e lateral) de pescoço, tórax e abdome são muito úteis (já que a maior parte dos CE deglutidos é radiopaca). Mesmo em casos de CE radiotransparentes podem ser úteis, evidenciando sinais indiretos de impactação e até mesmo sinais de perfuração de trato digestivo com ar livre em cavidade abdominal ou pneumomediastino.

Quando se está diante de CE metálicos e arredondados, é fundamental a diferenciação entre moeda e bateria. A história é essencial para iniciar a investigação, mas a radiografia de tórax fornece informações adicionais importantes. No caso de baterias, pode-se verificar um duplo halo na imagem ântero-posterior (Figura 1) e uma maior espessura do objeto em comparação com a moeda na imagem de perfil. Obtenção de imagens por tomografia computadorizada pode ser interessante em alguns casos (principalmente quando se suspeita ou se deseja excluir complicações) e a avaliação endoscópica (seja por endoscopia digestiva alta, seja por esofagoscopia rígida) pode estar indicada, com objetivo diagnóstico e terapêutico.

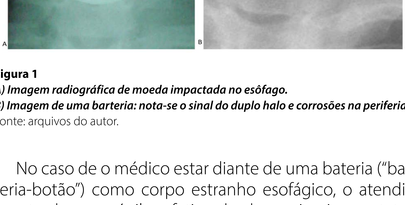


Figura 1
A) Imagem radiográfica de moeda impactada no esôfago.
B) Imagem de uma barteria: nota-se o sinal do duplo halo e corrosões na periferia.
Fonte: arquivos do autor.

No caso de o médico estar diante de uma bateria ("bateria-botão") como corpo estranho esofágico, o atendimento deve ser ágil e efetivo desde o primeiro contato. O correto atendimento em unidades pré-hospitalares ou em nosocômios sem a disponibilidade de endoscopista peroral pode reduzir as complicações da dispersão das substâncias cáusticas da bateria. Crianças com mais de 12 meses de vida, com menos de 12 horas de ingestão do objeto e que sejam capazes de deglutir, podem receber 10 mL de mel ou Sucralfato, por via oral, a cada 10 minutos (em um total de 6 doses) com o objetivo de reduzir a dispersão de substâncias cáusticas (e, portanto, a redução da lesão esofágica), até que a criança seja recebida pela unidade hospitalar de referência.

No momento da admissão em unidade competente para o tratamento, a remoção do objeto deve ser considerada uma emergência. A expertise e protocolo de cada instituição podem variar, sendo que a remoção pode ser realizada sob endoscopia digestiva alta ou sob esofagoscopia rígida, via de regra ambos sob anestesia geral, na população pediátrica. Especificamente em casos de ingestão de bateria, a esofagoscopia rígida (com a utilização de endoscópios rígidos acoplados a câmeras de alta definição) é considerada por muitas equipes a opção mais segura, sem necessidade de insuflação da luz esofagiana, com melhor visualização e com melhor campo de trabalho para uso de instrumentais.

Após a correta remoção, recomenda-se também a irrigação (sob aspiração) da superfície do órgão, antes em contato com a bateria, com 50-150 mL de solução de ácido acético a 0,25%. Esta medida tem o objetivo de neutralizar a substância cáustica extravasada e reduzir sua capacidade de lesão local (que tenderia a progredir mesmo após a remoção da bateria).

O acompanhamento destas crianças por equipe multidisciplinar (pediatria, cirurgia pediátrica, gastroenterologia pediátrica e otorrinolaringologia pediátrica), tanto durante a internação quanto após alta é importante, visto que complicações como estenoses (e disfagia) ou pequenas fístulas traqueoesofágicas podem surgir ou serem diagnosticadas posteriormente.

Referências bibliográficas:

1. Yardeni D, Yardeni H, Coran AG, Golladay ES. Severe esophageal damage due to button battery ingestion: can it be prevented? Pediatr Surg Int. 2004; 20(7):496-501.
2. Shaffer AD, Jacobs IN, Derkay CS, Goldstein NA, Giordano T, Ho S et al. Management and Outcomes of Button Batteries in the Aerodigestive Tract: A Multi-institutional Study. Laryngoscope. 2021; 131(1):E298-E306.
3. Uyemura MC. Foreign body ingestion in children. Perspect Surg. 2019; 98(9):370-4.
4. Maves MD, Lloyd TV, Carithers JS. Radiographic identification of ingested disc batteries. Pediatr Radiol. 1986; 16(2):154-6.
5. Pulcherio JOB, Magalhães EJC, Velasco CMMO, Resende LO, Ferreira AC, Gambassi BB et al. Methods for esophageal foreign body removal among pediatric patients: 10 years' experience at a referral hospital. Curr Pediatr Res. 2016; 20(1&2):132-6.
6. Fung BM, Sweetser S, Song LMWK, Tabibian JH. Foreign object ingestion and esophageal food impaction: An update and review on endoscopic management. World J Gastrointest Endosc. 2019; 11(3):174-92.

Departamento Científico de Gastroenterologia da SOPERJ

Uso de probióticos na gastroenterologia pediátrica

O termo probiótico foi definido em 2001 por um painel de especialistas da Organização Agrícola das Nações Unidas (FAO) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Em 2013, a Associação Científica Internacional para Probióticos e Prebióticos (ISAPP) definiu probióticos como "microrganismos vivos que, quando administrados em quantidades adequadas, conferem um benefício à saúde do hospedeiro". Outros termos também relacionados aos probióticos são: Prebióticos que são fibras que servem de alimento para os probióticos e que favorecem a sua sobrevivência e proliferação no intestino, Simbióticos que são produtos alimentares que combinam probióticos e prebióticos e Pós-bióticos, uma preparação de microrganismos inanimados e/ou seus componentes que conferem um benefício de saúde ao hospedeiro.

O aumento do conhecimento e da conscientização dos possíveis benefícios dos probióticos resultou em um crescimento exponencial de produtos comerciais disponíveis em uma ampla gama de formas. Como a maioria deles é classificada como suplementos alimentares precisam cumprir menos critérios de controle de qualidade que os medicamentos. Isso pode aumentar a preocupação com sua segurança. Há relatos de casos em que a administração probiótica desencadeou infecções sistêmicas em populações suscetíveis.

A administração de probióticos pode levar a eventos adversos excepcionalmente raros e são principalmente restritos a populações de alto risco. Há grandes evidências de que os probióticos são seguros para uso na população em geral.

Nos seres humanos, as bactérias probióticas mais usadas pertencem aos gêneros produtores de ácido lático *Lactobacillus* ou *Bifidobacterium*. Outros gêneros, incluindo *Streptococcus, Enterococcus, Lactococcus, Pediococcus, Bacillus e Escherichia* e algumas cepas de levedura não bacterianas de *Sacaromyces* também são usadas.

Aqui apresentamos o posicionamento da ESPGHAN (Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica) e da AGA (Academia Americana de Gastroenterologia) sobre as indicações propostas de uso de probióticos em gastroenterologia pediátrica.

Probióticos na diarreia aguda e diarreia do antibiótico. Existem mais de 1000 espécies de bactérias habitando o intestino humano, a maioria colonizando o cólon. Alguns clínicos apontam para indicação de uso de certos tipos de probióticos para diminuir a duração da diarreia comunitária ou seu risco de durar acima de 48h. Para a ESPGHAN, de forma geral, o grau de recomendação é fraco e a certeza de evidência é baixa ou muito baixa para os probióticos estudados. Já a AGA, sugere não usar probióticos nestes casos. Na diarreia associada a antibióticos, definida como ocorrendo na exposição a antibióticos como aminopenicilinas sem/com clavulanato, cefalosporinas e clindamicina, desde que outras etiologias tenham sido excluídas, para a ESPGHAN o grau de recomendação e a certeza de evidência são moderadas, e há sugestão de uso pela AGA. Em relação a infecção por *C. difficile*, a AGA recomenda o uso apenas em contexto de ensaios clínicos.

Probióticos e cólicas do lactente. Ocorre nos primeiros 5 meses de idade, com choro, irritabilidade e agitação de forma recorrente, sem causa óbvia e sem alterações do crescimento. Para a ESPGHAN, a certeza de evidência é moderada e o grau de recomendação fraco para probióticos estudados, apenas em relação a crianças em uso de leite materno.

Probióticos e dor abdominal funcional. Nestes casos, a ESPGHAN apresenta certeza de evidência moderada e grau de recomendação fraco tanto para a redução da intensidade quanto para a frequência da dor. Na síndrome do intestino irritável, a AGA admite o uso apenas em estudos clínicos, enquanto a ESPGHAN não recomenda na constipação funcional, mesmo como tratamento coadjuvante.

Probióticos e doença inflamatória intestinal. Para a ESPGHAN não há recomendação de uso na colite ulcerativa ou doença de Crohn e para a AGA, apenas no contexto de estudos clínicos.

Probióticos e prevenção de enterocolite necrosante em prematuros. Para a ESPGHAN há recomendação condicional (decisão envolvendo discussão com o paciente) para alguns probióticos específicos ou combinações específicas, com certeza de recomendação baixa; a AGA sugere o uso de algumas combinações de probióticos.

Probióticos e outros acometimentos gastrointestinais. A ESPGHAN avaliou ainda: (a) infecção por *H. pylori*: certeza de recomendação muito baixa e grau de recomendação baixo; (b) doença celíaca: nenhuma recomendação contra ou a favor pode ser feita; (c) sobrecrescimento bacteriano no intestino delgado: existe falta de evidências para o uso preventivo ou para o tratamento; (d) pancreatite: não há recomendação de uso, uma vez que não foram encontrados estudos clínicos randomizados.

Referências bibliográficas:

1. Depoorter L, Vandenplas Y. Probiotics in Pediatrics. A Review and Practical Guide. Nutrients. 2021; 13(7).
2. Goldenberg JZ, Lytvyn L, Steurich J, Parkin P, Mahant S, Johnston BC. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic-associated diarrhea. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2015; 12:CD004827
3. Ong TG, Gordon M, Banks SSC, Thomas MR, Akobeng AK. Probiotics to prevent infantile colic. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019; 3:CD012473.
4. Szajewska H et al, on behalf of the Working Group on Probiotics and Prebiotics of the European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Probiotics for the management of pediatric gastrointestinal disorders: position paper of the ESPGHAN Working Group on Probiotics and Prebiotics. Version 10. March 2022. Disponível em: https://www.espghan.org/our-organisation/Announcements/Open-Consultation---Probiotics-for-the-management-of-paediatric-gastrointestinal-disorders; acesso em: 24/04/2022.
5. Su GL, Ko CW, Bercik P, Falck-Ytter Y, Sultan S, Weizman AV et al. AGA Clinical Practice Guidelines on the Role of Probiotics in the Management of Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology. 2020; 159(2):697-705.
6. Yachha SK, Sarma MS, Mohan N, Wadhwa N, Kumar Vr N, Srinivasan R et al. Indian Academy of Pediatrics Consensus Guidelines for Probiotic Use in Childhood Diarrhea. Indian Pediatr. 2022; 59(7):543-51.

Dr. Ian Curi e Dra. Luiza M. Neves
Membros do Grupo de Trabalho de Oftalmologia da SOPERJ

Neurite óptica associada à Esclerose Múltipla

A neurite óptica é uma inflamação de alguma porção (anterior ou posterior) do nervo óptico que pode ser secundária a desmielinização, inflamação, infecção e infiltração tumoral. O mês Agosto Laranja traz a conscientização sobre a neurite óptica associada à doença desmielinizante decorrente de Esclerose Múltipla em crianças.

Os dados epidemiológicos da neurite óptica associada à doença desmielinizante em crianças são escassos na literatura nacional e internacional. Estima-se que sua incidência seja de 0,2 por 100.000 no Canadá.[1] Nos Estados Unidos, a neurite óptica pediátrica corresponde a menos de 5% dos casos de neurite, sendo mais frequente em adolescentes do que em crianças. Contudo, apesar de rara, a não identificação precoce traz uma enorme morbidade para a criança, a família e a sociedade, pelo número de anos vividos com deficiência visual irreversível, que esta doença pode gerar.

Clinicamente, crianças ou adolescentes com neurite óptica associada à doença desmielinizante se apresentam com redução da acuidade visual de forma aguda (horas) ou subaguda (dias), dor à movimentação do globo ocular (33 a 77% dos casos) e cefaleia (53% dos casos).[2,3] A dor à movimentação do globo ocorre sobretudo nos casos retrolaminares (acometimento posterior e orbitário do nervo óptico), nos quais a inflamação se estende para os tecidos perineurais.

O reflexo pupilar direto torna-se reduzido e/ou lentificado, o que pode levar a um defeito pupilar aferente relativo, caso o acometimento seja unilateral ou bilateral assimétrico. Pode haver ainda discromatopsia (alteração da visão de cores), redução da visão de contraste, defeito de campo visual paracentral ou central e edema de papila à fundoscopia (caso a neurite acometa a porção anterior do nervo óptico). Vale destacar que os casos em que o nervo óptico é acometido nas suas porções mais posteriores se apresentam com fundoscopia normal.

Há algumas diferenças relevantes na apresentação da neurite óptica em crianças e adultos. Em crianças, cerca de metade dos casos é bilateral, enquanto nos adultos, a grande maioria é unilateral. Quanto menor a idade da criança (< 10 anos de idade) mais frequente é a apresentação bilateral.[3] O acometimento do nervo óptico na criança comumente ocorre como papilite (46-79%), já em adultos apenas um terço dos casos tem essa forma de apresentação.[4,5]

O diagnóstico diferencial é feito com outras neurites desmielinizantes como Encefalomielite Aguda Disseminada (ADEM), Transtornos do espectro da neuromielite óptica (NMOSD) e aquela associada a anticorpos contra a glicoproteína da mielina de oligodendrócitos (Neurite associada ao anti-MOG), além de neurites infecciosas e inflamatórias de origem reumatológicas. As histórias clínica e epidemiológica do paciente ajudam nessa caracterização, mas, quando a neurite é o sintoma inicial e único, devem ser solicitados exames laboratoriais, de imagem e punção lombar para a diferenciação.

As NMOSD e neurites associadas ao anti-MOG costumam ter um curso recorrente.[6] Na primeira, o acometimento do nervo óptico intracraniano é extenso, gerando uma baixa de visão mais intensa, que em muitos casos tem pouca melhora com o tratamento, em contraste com o que ocorre na neurite associada à Esclerose Múltipla, cuja recuperação costuma ser bastante significativa com o tratamento.[6] O envolvimento quiasmático também é um achado comum. Classicamente há positividade para o autoanticorpo antiaquaporina 4, e quando há sinais de mielite o diagnóstico diferencial é mais fácil. Já na neurite óptica associada ao anti-MOG costuma haver perineurite e relato de dor à movimentação.[6] Na ADEM, normalmente monofásica, há encefalomielite aguda associada à neurite óptica, que costuma ser bilateral. Ocorre tipicamente, mas não exclusivamente, após infecções e vacinação.[6]

Como não existem ensaios clínicos randomizados em crianças para esta doença, o tratamento segue as orientações da literatura de adulto, na qual se indica pulsoterapia com metilprednisolona 30mg/kg intravenosa (máximo 1 grama) por 3-5 dias com posterior desmame oral de corticoide.[3,7,8] O tratamento pode acelerar a recuperação de 7 para 2 semanas.[9] Crianças e adolescentes com neurite óptica recorrente após desmame de corticosteroide, ou aquelas com diagnóstico de alguma doença desmielinizante, costumam ter indicação de terapia imunossupressora ou com agentes biológicos.[6]

A taxa de conversão para Esclerose Múltipla após um episódio de neurite óptica desmielinizante em crianças não foi bem estudada prospectivamente como em adultos. Até um terço dos pacientes com neurite óptica na infância podem evoluir para Esclerose Múltipla.[5,10] Sabe-se que lesões da substância branca hiperintensas em T2 na ressonância magnética e idade avançada na apresentação da neurite são fatores de risco para esta conversão.

Com o tratamento apropriado e no tempo correto, a maioria dos pacientes costuma recuperar a acuidade visual, embora possam persistir alterações na visão de contraste e de cores, além de afinamento das camadas de células ganglionares e de fibras nervosas, observado ao exame da tomografia de coerência óptica. Com outras recidivas, mais sequelas podem surgir levando à redução da acuidade visual.

Portanto, a neurite óptica é um sinal comum nas desordens desmielinizantes do sistema nervoso central em crianças. Sua suspeita configura uma urgência médica. Nesse caso, o exame oftalmológico completo, com avaliação da acuidade visual, visão de cores e contraste, reflexos pupilares e fundoscopia sob midríase é fundamental para ajudar o pediatra e o neuropediatra na condução da investigação e do tratamento.

Referências Bibliográficas:

1. Banwell B, Kennedy J, Sadovnick D, Arnold DL, Magalhaes S, Wamberg K et al. Incidence of acquired demyelination of the CNS in Canadian children. Neurology. 2009; 72(3):232-9.
2. Wilejto M, Shroff M, Buncic JR, Kennedy J, Gioia C, Banwell B. The clinical features, MRI findings, and outcome of optic neuritis in children. Neurology. 2006; 67(2):258-62.
3. Chang MY, Pineles SL. Pediatric Optic Neuritis. Semin Pediatr Neurol. 2017; 24(2):122-8.
4. Lana-Peixoto MA, Andrade GC. The clinical profile of childhood optic neuritis. Arq Neuropsiquiatr. 2001; 59(2-B):311-7.
5. Morales DS, Statkowski RM, Howard CW, Warman R. Optic neuritis in children. J Pediatr Ophthalmol Strabismus. 2000; 37(5):254-9.
6. Petzold A, Fraser CL, Abegg M, Alroughani R, Alshowaeir D, Alvarenga R, et al. Diagnosis and classification of optic neuritis. Lancet Neurol. 2022; 21(2):120-34.
7. Pineles SL, Henderson RJ, Repka MX, Heidary G, Liu GT, Waldman AT,et al; Pediatric Eye Disease Investigator Group. The Pediatric Optic Neuritis Prospective Outcomes Study: Two-Year Results. Ophthalmology. 2022; 129(8):856-64.
8. Beck RW, Gal RL. Treatment of acute optic neuritis: a summary of findings from the optic neuritis treatment trial. Arch Ophthalmol. 2008; 126(7):994-5.
9. Yeh EA, Graves JS, Benson LA, Waszmer E, Waldman A. Pediatric optic neuritis. Neurology. 2016; 87(9 Suppl 2):553-8.
10. Bonhomme GR, Waldman AT, Balcer LJ, Daniels AB, Tennekoon GI, Forman S, et al. Pediatric optic neuritis: brain MRI abnormalities and risk of multiple sclerosis. Neurology. 2009; 72(10):881-5.

Coluna – História da SOPERJ

Dr. Sidnei Ferreira (Triênio 2001 – 2003)

Pediatra e Pneumologista pediátrico. Fez Graduação na UFF e Pós-graduação na UFRJ: Pediatria, Pneumologia, Mestrado, Doutorado. Médico do IPPMG-UFRJ, Professor Associado do Departamento de Pediatria-FM-UFRJ. Foi Presidente da SOPERJ (2001-2003); Presidente do CREMERJ (2013-2015). É Titular da SBP desde 1982; Membro da Comissão Executiva do Título de Especialista em Pediatria-CEXTEP (1999-2022); Coordenador da CEXTEP-ON e áreas de atuação on-line (2020; 2021 e 2022); Membro do Conselho Editorial Executivo da Revista Residência Pediátrica (2011-2022); Diretor da SBP (1996-1998, 2010-2015 e 2016-2022). Conselheiro do CREMERJ (2003-2018); Diretor; Vice-Presidente e Presidente; Coordenador da Câmara Técnica (CT) - Pediatria; Coordenador do CAP-SOPERJ-CREMERJ. Conselheiro e Diretor do CFM (2014-2019); Coordenador da CT-Pediatria; Membro do Conselho Editorial do Jornal Medicina; Editor Geral da Revista Bioética (2014-2019). É autor de 4 livros: "Os sumiços do seu Reinaldo"; "Martinha Cambalhota"; "Camila e a Floresta"; "Mistanásia. Os seis anos que antecederam a pandemia e seu primeiro ano. Ações e Omissões". Autor de 24 capítulos de livros e 16 editorações.

Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/9476144709198377

Como foi sua gestão na SOPERJ?

Foi cheia de novidades e surpresas, já que nunca participara de cargo administrativo, muito menos de diretoria executiva. Minha participação, até então, se restringia ao Comitê Científico de Doenças Respiratórias e à presidência do Comitê de Ensino, reativado a pedido da presidente e amiga Teresa Costa. A primeira surpresa foi antes da eleição, com o pedido da presidente e de diretores e amigos pediatras para que eu concorresse ao cargo para a sucessão. Aceitei o desafio de unir a SOPERJ em torno de uma chapa de consenso, e me senti feliz e realizado por presidir a sociedade. Esse tempo ficou marcado na minha vida profissional e afetiva. Trabalhei com amigos e colegas completamente imbuídos da missão de cuidar do crescimento e desenvolvimento da SOPERJ. Avalio que, além da diretoria, foram mais de 400 pediatras trabalhando como voluntários na mesma missão, nos Comitês, Comissões, Grupos de Trabalho, Filiadas Regionais e nos diversos eventos científicos.

A seriedade e preocupação com a questão financeira sempre foi característica das gestões SOPERJ. Conseguimos apoiadores suficientes para dar continuidade ao trabalho, renovar e criar. Os Cursos, Jornadas e Congressos também geraram renda, suficiente para a manutenção e implementação de todas as nossas atividades, atraindo novos associados e nos possibilitando passar a gestão à nova diretoria com sobras.

Quais foram as principais realizações?

Uma realização trabalhosa, mas também prazerosa, foi a revitalização do curso Suporte Avançado de Vida em Pediatria (PALS). Ao tomar conhecimento de que o número de treinamentos no Rio de Janeiro era um dos menores entre as Filiadas da SBP, reuni a Diretoria, discutimos, e fomos ao Secretário de Saúde do Município, levando a fundamentação da importância desse treinamento para os profissionais e os pacientes atendidos na rede e o planejamento para treinar todos os pediatras e enfermeiros das emergências. Após análises e idas e vindas da SMS, o projeto foi aceito e realizado, atingindo a marca de 40 cursos PALS em praticamente 2 anos, o maior índice entre todas as filiadas no período; uma das marcas da nossa gestão. Além disso, treinamos 11 instrutores.

Reativamos a Revista de Pediatria SOPERJ; mantivemos o Boletim.

Fizemos 18 cursos de Reanimação Neonatal, além de treinamentos de Instrutores e Auxiliares.

Realizamos o Curso Nestlé no Riocentro, que contou com mais de 7.000 inscrições e uma média diária de 6.000 pediatras de todo o Brasil, circulando e assistindo às palestras de mais de 100 professores. Outro feito foi o crescimento do VII CONSOPERJ, tornando pequeno o Centro de Convenções do Hotel Flórida, que o abrigava tradicionalmente.

Iniciativa formidável e necessária da administração, foi uma maior aproximação com as Filiadas Regionais. Visitamos todas, algumas mais de uma vez, ouvindo e distinguindo melhor nossos pediatras, possibilitando que conhecessem um pouco mais do trabalho da SOPERJ, permitindo a criação de novos projetos. As atividades das Filiadas Regionais com os Comitês também contribuíram.

Atuamos com nossa Diretoria Interinstitucional e de Defesa Profissional junto às demais entidades do Estado.

Quais foram as marcas de sua gestão? Houve alguma inovação?

Criamos o Curso de Atualização em Pediatria, o CAP, para que se tornasse um modelo de atualização permanente. Não uma atividade de gestão, mas sim uma atividade de Sociedade, beneficiando todos os pediatras do Estado. Não substituiria as muitas atividades científicas existentes, mas se somaria a elas. Inicialmente, fizemos o CAP na sede, à noite e aos sábados, mas com o passar do tempo, o nosso excelente auditório, com 50 vagas, se tornou insuficiente. Ao receber convite do CREMERJ, para proferir palestra no seu segundo ano de Educação Médica Continuada, dois sábados por ano, me reuni com o presidente e diretoria, apresentei a SOPERJ, seu tamanho e importância, seus compromissos e realizações, listei nossas necessidades para o CAP-SOPERJ funcionar todo ano e no mínimo dez sábados por ano e expus o nosso projeto de diretoria com cronograma, necessidades e a programação. Precisávamos de um auditório maior e toda infraestrutura para o CAP o ano inteiro. Aceitaram participar do nosso projeto. Inicialmente no auditório da FIRJAN (anos depois o CREMERJ construiria seu próprio auditório), um sábado ao mês, de março a dezembro. Atenderíamos, assim, colegas de outros Municípios e de bairros distantes. Em pouco tempo, levamos o CAP-SOPERJ-CREMERJ também para outras cidades. Quando, como Conselheiro do CREMERJ, assumi a educação médica continuada da entidade, fizemos o mesmo para as Sociedades das grandes áreas da Medicina. Durante 16 anos coordenei o CAP-SOPERJ-CREMERJ, que continua.

Efetuamos a reforma administrativa da Instituição e a modernização do parque de informática da sede, o que nos proporcionou uma boa economia, permitindo investimentos em outros setores. Inauguramos um novo site e a publicação on-line da Revista e Boletim; oferecemos o Curso de Formação e Gerenciamento de E-groups para os Comitês, Grupos de Trabalho e Diretoria.

Criamos o Comitê de Residência Médica, fortalecendo laços com alunos, recém-formados e médicos jovens.

Mensagem aos leitores do Boletim SOPERJ

Concluo, parabenizando o amigo e Presidente Claudio Hoineff e sua Diretoria. Somos todos voluntários e a SOPERJ é uma entidade sem fins lucrativos, mas precisamos continuar a missão dessa reconhecida e respeitada instituição. Para isso, se faz necessário muito trabalho, união dos pediatras, democracia, transparência, informação e amor à nossa sociedade. Boa sorte a todos!