



Editorial

Prezados colegas,

Apresentamos mais uma edição do Boletim SOPERJ. Mais uma vez com matérias de extrema relevância para os nossos associados, elaboradas pelos nossos Departamentos Científicos e Grupos de Trabalho.

O tema “Cuidados com as crianças com acondroplasia”, redigido em conjunto pelos Departamentos Científicos de Endocrinologia, Ensino, Neurologia e Atenção ao Desenvolvimento e Reabilitação, demonstra a importância no acompanhamento do acondroplásico ou qualquer outro distúrbio esquelético de uma forma multidisciplinar.

O Grupo de Trabalho de Segurança e Prevenção à Violência nos brinda com o tema “Parentalidade Positiva” de absoluta importância nos dias atuais.

“Quadril Doloroso na Infância”, outro tópico fundamental para o pediatra, é trazido pelo Departamento Científico de Reumatologia complementando o conteúdo científico do nosso boletim.

A entrevistada da coluna da galeria de ex-presidentes da SOPERJ é a Dra. Marilene Augusta Rocha Crispino Santos, que presidiu a sociedade de 2004 a 2006, nos contando detalhes da sua administração naquele período.

Tivemos ainda o lançamento dos novos livros da série SOPERJ: Urgências e Emergências Pediátricas e Otorrinolaringologia Pediátrica, cuja publicação engrandece cada vez mais a Série organizada pela Dra. Adriana Rocha Brito e pelo Dr. Joel Bressa da Cunha, nossa Diretoria de Publicação.

Finalmente convido a todos para comparecerem ao 16º Congresso Brasileiro de Adolescência, que será realizado no Rio de Janeiro, de 23 a 26 de agosto.

Lembro a todos do nosso XV CONSOPERJ, que acontecerá dos dias 30/11 a 02/12 de 2023 no EXPOMAG. A programação está em fase final de elaboração e com certeza o principal evento da nossa querida SOPERJ será um grande sucesso.

Um abraço a todos,

Claudio Hoineff

Presidente da SOPERJ – Triênio 2022-2024

Índice

- **Agenda SOPERJ**
- **Cuidados com as crianças com acondroplasia**
- **Parentalidade positiva – O que é e qual o papel do pediatra**
- **Quadril doloroso na criança**
- **Dra. Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (Triênio 2004 – 2006)**

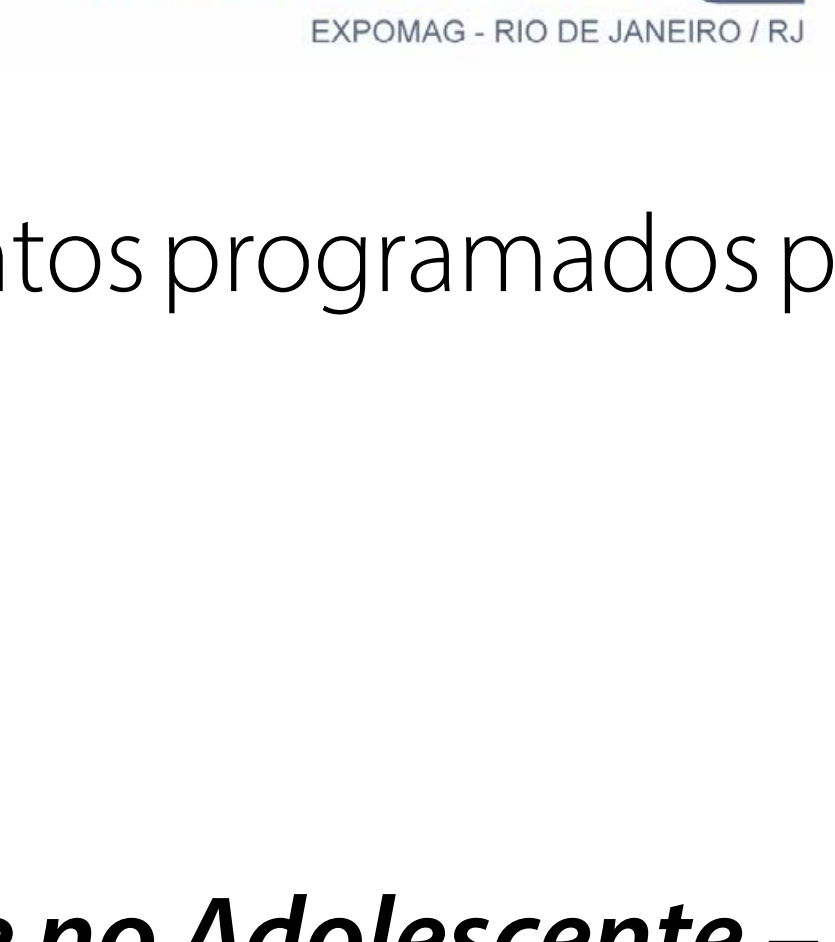
AGENDA SOPERJ

Vem aí o 16º Congresso Brasileiro de Adolescência, que será realizado de 23 a 26/08 no Hotel Windsor - Barra da Tijuca; e a SOPERJ está preparando com muito cuidado e carinho o XV CONSOPERJ, que ocorrerá no EXPOMAG entre os dias 30/11 e 02/12, ambos eventos presenciais na cidade do Rio de Janeiro!

Não percam! Estamos esperando por vocês!



SAVE THE DATE!



Seguem abaixo mais alguns eventos programados para 2023:

MAIO

03/05

Atualização da Asma na Criança e no Adolescente – Departamento Científico de Alergia e Imunologia

Plataforma Teams da SOPERJ

23/05

Minicurso de Otoscopia para pediatras

Sede da SOPERJ

27/05

Curso de Educação Médica Continuada em Pediatria CREMERJ/SOPERJ

Departamento Científico de Adolescência e Grupo de Trabalho de Mídias Sociais em Pediatria

JUNHO

03/06

“CURSO DE OBESIDADE”

Departamento Científico de Endocrinologia

Local: Windsor Flórida Hotel

17/06

Jornada de Oftalmologia: O que todo pediatra deve saber

Local: Auditório do Américas Medical City na Barra da Tijuca

AGOSTO

11/08

II Simpósio de Dermatologia Pediátrica

Local: Windsor Flórida Hotel

SETEMBRO

02/09

Curso de Educação Médica Continuada em Pediatria CREMERJ/SOPERJ

Departamentos Científicos de Oncohematologia e Medicina Transfusional e de Nutrologia

OUTUBRO

07/10

Discutindo Endocrinologia: Segurança no tratamento com rhGH

Local: Windsor Flórida Hotel

21/10

Jornada de atualização em Reumatologia Pediátrica 2023

Local: Windsor Flórida Hotel

28/10

Curso de Educação Médica Continuada em Pediatria CREMERJ/SOPERJ

Departamentos Científicos de Terapia Intensiva e de Atenção ao Desenvolvimento e Reabilitação

Pediatra, mantenha-se atualizado sobre todos os nossos eventos consultando o site da SOPERJ: www.soperj.org.br e as redes sociais @soperjrj e www.facebook.com/soperjrj.

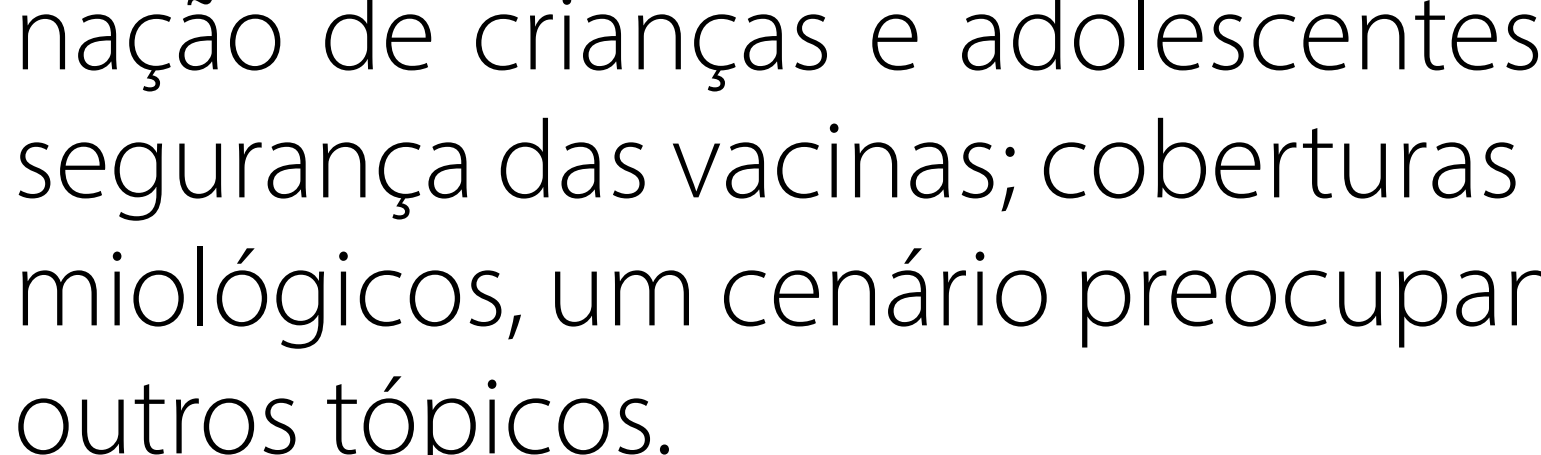
Acompanhe os eventos realizados no canal youtube da SOPERJ – www.youtube.com/c/SociedadeDePediatriaoEstadodoRiodeJaneiro.

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

Com muita alegria informamos o lançamento de mais dois livros da nossa Série Pediatria SOPERJ no último dia 24 de março, durante o 2º Congresso Sul-Americano e 4º Congresso Paulista de Urgências e Emergências Pediátricas, realizado na cidade de São Paulo.

O Volume Urgências e Emergências Pediátricas é resultado do trabalho conjunto de vários Departamentos Científicos e Grupos de Trabalho da SOPERJ e apresenta situações comuns no atendimento de crianças e adolescentes nas emergências pediátricas em diversas especialidades, destacando-se os aspectos éticos no atendimento pediátrico de emergência, temas atuais como os eventos inexplicados, breves e resolvidos (conhecidos pela sigla BRUE), Covid-19, Monkeypox, Síndrome Inflamatória Multissistêmica e as tristes tentativas de suicídio.

No livro Otorrinolaringologia Pediátrica estão reunidos os principais temas que motivam consultas pediátricas e otorrinolaringológicas rotineiras como as otites externas e médias, perda auditiva, faringotonsilites, avaliação da criança com atraso de linguagem, obstrução nasal, disfagia, assim como atendimentos de emergências, como as complicações das otites e das rinossinusites, corpos estranhos, epistaxe e manifestações da Covid-19. Esse livro traz ainda uma novidade: 20 vídeos comentados! Certamente esse é um diferencial de qualidade para enriquecer a obra.

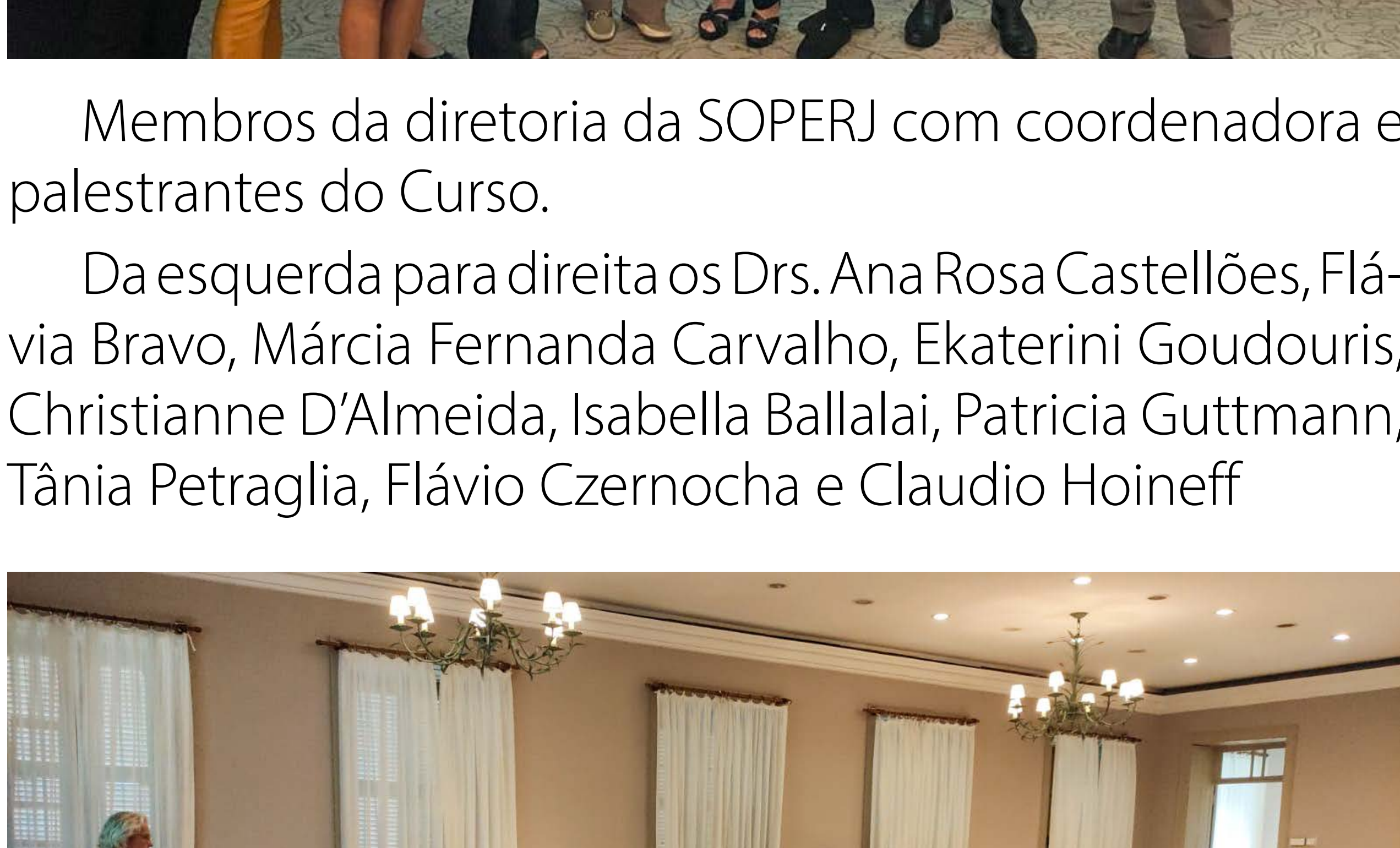


Dras. Katia Nogueira e Paula Traldi no lançamento dos livros



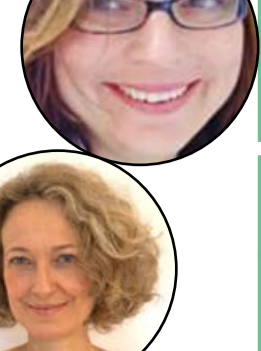
Drs. Katia Nogueira, Igor Ramos e Paula Traldi do Departamento Científico de Emergência da SOPERJ

III CURSO DE IMUNIZAÇÕES
Realizou-se no dia 15 de abril, com muito sucesso, a terceira edição do Curso de Imunizações da SOPERJ, evento coordenado pela Dra. Isabella Ballalai, presidente do Departamento Científico de Imunizações da SOPERJ, em que foram discutidos temas de alta relevância na prática clínica, como a vacinação de crianças e adolescentes contra a covid-19 e a segurança das vacinas; coberturas vacinais e riscos epidemiológicos, um cenário preocupante no nosso país; entre outros tópicos.



Membros da diretoria da SOPERJ com coordenadora e palestrantes do Curso.

Da esquerda para direita os Drs. Ana Rosa Castellões, Flávia Bravo, Márcia Fernanda Carvalho, Ekaterini Goudouris, Christianne D'Almeida, Isabella Ballalai, Patricia Guttmann, Tânia Petraglia, Flávio Czernocha e Claudio Hoineff

**Ana Paula Neves Bordallo**
Departamento de Ensino**Heloisa Viscaino F. Souza Pereira**
Departamento de Neurologia**Maura Calixto Cecherelli de Rodrigues**
Departamento de Atenção ao Desenvolvimento e Reabilitação**Paulo Ferrez Collett-Solberg**
Departamento de Endocrinologia

Cuidados com as crianças com acondroplasia

Quando vemos uma criança com acondroplasia pensamos que a baixa estatura é o seu grande problema. Mas as complicações decorrentes da acondroplasia são diversas e requerem uma abordagem multidisciplinar para a qual o pediatra deve estar atento. Apesar de ser uma doença rara, é a mais frequente displasia esquelética cursando com baixa estatura. Recentemente, protocolos foram publicados para atender esta relevante questão a partir das melhores evidências científicas e verdadeiramente incluir a criança acondroplásica em nossa sociedade.

Atraso no desenvolvimento

Crianças com acondroplasia apresentam macrocefalia relativa (pela sua anatomia) e absoluta (aumento de líquido extra-axial e ventriculomegalia assintomática), hipotonia e membros mais curtos, com atraso nas aquisições dos marcos motores (grosseiro e fino), de comunicação e alimentação, culminando com a marcha em torno de 20 meses em média. A cognição está normalmente preservada, entretanto, por atraso nas demais áreas, ela pode ser negativamente impactada. Um atraso no fechamento da fontanela é esperado, podendo ocorrer até 6 anos de idade. O seguimento deve ser regular, incluindo exame neurológico, aplicação de testes de desenvolvimento, como o Denver II adaptado para crianças com acondroplasia, exames de imagem, quando verificadas alterações, e polissonografia para detecção de apneias. Isto é particularmente importante até 2 anos de idade, quando a maior parte das complicações pode ocorrer.

Ouvindo médio

O risco de otite média e perda auditiva é aumentado. As infecções devem ser prontamente tratadas e um acompanhamento com otorrinolaringologista é recomendado. Audição prejudicada pode levar a atraso na fala, frequente nesta população. A triagem auditiva deve ser realizada no período neonatal e, se alterada, testes diagnósticos têm que ser feitos.

Quadro respiratório

Existe uma incidência maior de apneia do sono e de morte súbita nessa população. As vias áreas superiores são mais estreitas, favorecendo apneias obstrutivas. Além disso, pela compressão da junção craniocervical e artérias a nível do forame magnum existe um risco maior de apneia central e de diminuição do tônus das vias áreas, agravando a apneia obstrutiva. Estudos do sono estão indicados na rotina dessas crianças, principalmente naquelas que apresentam sintomas de qualquer forma de apneia.

Estenose do Forame Magnum

Crianças com acondroplasia apresentam um risco aumentado de compressão cervicomedular por estenose do forame magnum, que pode ser assintomática ou pode se apresentar como alterações no sono, hipotonia exacerbada ou hipertonia, exacerbação dos reflexos profundos e atraso no desenvolvimento. Alguns centros recomendam ressonância magnética de rotina quando essas crianças fazem um ano de vida. De qualquer modo, o quadro neurológico deve ser acompanhado atentamente e exames de imagem e/ou encaminhamento ao neurocirurgião devem ser realizados precocemente.

No aspecto mais prático do dia a dia, o marco do desenvolvimento de sentar sem apoio deve ser desestimulado/atrasado, os assentos de carro nos quais a criança fica com as costas apoiadas contra a direção do movimento do veículo devem ser usados até mais tarde que o habitual. As crianças não devem dormir nos assentos dos carros sem alguém segurando a cabeça ou atento para o padrão respiratório.

Como a hiperextensão da coluna cervical está contraindicada em todos os indivíduos com acondroplasia, independentemente da idade, nos centros cirúrgicos, emergências e UTIs o ato de intubação orotraqueal deve ser realizado com maior cautela. De um modo geral, raqui-anestesia e anestesia peridural devem ser evitadas, a não ser que exames de neuroimagem demonstrem adequado espaço dentro do canal espinhal.

Coluna

A grande maioria das crianças desenvolverá cifose toracolombar. As formas mais severas estão associadas a sentar sem apoio antes de se adquirir força e tônus muscular adequados no tronco. Por isso, sentar sem suporte e assentos que levam a coluna a ficar em "C", como os carrinhos de bebê chamados de guarda-chuva, devem ser evitados no primeiro ano de vida. Cifose toracolombar mais severa pode exacerbar estenose medular.

Quando o indivíduo está sentado, em qualquer idade, não é adequado que os pés fiquem pendurados. Sendo assim, é importante que os assentos sejam adaptados ou que se use um banco para que os pés fiquem apoiados quando sentados em cadeiras ou no banheiro. A coluna deve estar sempre apoiada e reta.

A reabilitação oportuna com fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais deve ser sempre pensada. Assim sendo, essas alterações raramente levarão à necessidade de cirurgia.

Obesidade

O risco de obesidade é aumentado nesta população, predispondo a dificuldades respiratórias, apneia do sono, dor articular e nas costas e agravando a diminuição de mobilidade. A prática de esportes deve ser incentivada, assim como a busca por uma alimentação saudável e equilibrada. Gráficos específicos de altura, peso e índice de massa corpórea devem ser utilizados.

Qualidade de vida

A qualidade de vida da criança com acondroplasia está associada à intervenção precoce multidisciplinar, incluindo as especialidades médicas e terapêuticas, promovendo saúde nos diversos sistemas acometidos e descritos acima, com desenvolvimento de suas habilidades motoras, de linguagem e comunicação, cognitivas e de autonomia e relacionamento.

A inclusão escolar da criança com acondroplasia é parte fundamental na aquisição de uma boa qualidade de vida. É necessária a adaptação das cadeiras e toaletes, para que a criança tenha autonomia dentro do ambiente escolar.

O acompanhamento psicológico da criança e seus familiares é importante para os desafios do dia a dia, devendo ser oferecido desde o diagnóstico.

Referências Bibliográficas:

- Hoover-Fong J, Scott CI, Jones MC; committee on genetics. Health Supervision for People with Achondroplasia. *Pediatrics*. 2020; 145(6):e20201010. doi: 10.1542/peds.2020-1010.
- Savarirayan R, Ireland P, Irving M, Thompson D, Alves I, Baratela WAR et al. International Consensus Statement on the diagnosis, multidisciplinary management and lifelong care of individuals with achondroplasia. *Nat Rev Endocrinol*. 2022; 18(3):173-89. doi: 10.1038/s41574-021-00595-x.
- Llerena J Jr, Kim CA, Fano V, Rosselli P, Collett-Solberg PF, de Medeiros PFV et al. Achondroplasia in Latin America: practical recommendations for the multidisciplinary care of pediatric patients. *BMC Pediatr*. 2022; 22(1):492. doi: 10.1186/s12887-022-03505-w.



Anna Tereza Miranda Soares de Moura

Grupo de Trabalho de Segurança e Prevenção da Violência

PARENTALIDADE POSITIVA

O que é e qual o papel do pediatra

Durante as consultas de puericultura, o pediatra tem a oportunidade de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento de seus pacientes, para muitos considerada a “marca da pediatria”. Esse privilégio também pode ser considerado como uma grande responsabilidade, já que as experiências vivenciadas na infância estão diretamente relacionadas aos eventos da vida adulta. Para além do acompanhamento das medidas antropométricas e do calendário vacinal, é de fundamental importância a introdução de outros temas na anamnese pediátrica, que precisa ser ampliada e incorporar aspectos emocionais que envolvem toda a família. A maneira de disciplinar nos diferentes estágios de desenvolvimento nem sempre é abordada e o pediatra perde a chance de colaborar para o desenvolvimento plenamente saudável das crianças.

A família pode ser considerada como o primeiro espaço de construção social, onde a criança tem a possibilidade de vivenciar experiências que se repetirão em outros ambientes. O desenvolvimento infantil depende do olhar, cuidado e atenção que recebe de seus pais ou cuidadores principais, que qualificam as suas expectativas em relação aos outros, a si própria e aos futuros relacionamentos que vai estabelecer.

Disciplinar deveria ser sinônimo de ensinar. O objetivo principal seria preparar a criança para alcançar competências e habilidades que serão importantes ao longo de toda a sua vida, como o autocontrole, direcionamentos positivos, cuidado com os outros e resolução de conflitos. Para o alcance desses propósitos, se faz necessário o desenvolvimento de relações positivas entre pais e filhos, um ambiente de suporte ao aprendizado e, principalmente, o reforço do comportamento que se deseja alcançar. Segurança, proteção e nutrição adequada caminham lado a lado com o cuidado atento, quando os cuidadores são capazes de perceber, entender e responder aos sinais de maneira oportuna e apropriada para atender às suas necessidades.

A parentalidade positiva se refere a um conjunto de comportamentos baseado no respeito, acolhimento, estímulo e sem o uso de violência. Os limites são criados a partir de orientações e interações positivas que os pais estabelecem durante a prestação de cuidados integrais aos seus filhos. Os pilares da parentalidade positiva podem ser descritos como o direcionamento para o comportamento desejado, promoção de uma atividade transformadora assim que a criança parece aborrecida e, principalmente, ignorar os comportamentos potencialmente irritantes, mas que não são errados. Dessa forma, o uso de elogios aos comportamentos desejados passa a ser frequente, sempre lembrando que não é preciso alcançar a perfeição, mas valorizar os atos positivos durante tarefas complexas que se apresentam no dia a dia. A ideia central é encorajar o uso de estratégias positivas, evitando o castigo corporal e outras formas de violência psicológica.

Claro que os pais estarão frequentemente diante de comportamentos indesejados. Nesses momentos seria interessante rever o que ocorreu antes, ou precipitou o evento negativo e também os seus desdobramentos. Assim seria possível identificar alguns gatilhos para a ocorrência do estresse da criança e compreender quais ações podem ser realizadas para evitar ou minimizar a sua ocorrência. Outra medida importante diz respeito ao tempo dedicado ao convívio com os filhos. A ideia do “*time-out*” é substituída pelo “*time-in*”, isto é, reservar tempo protegido para interação, fazendo brincadeiras que possam colaborar para a compreensão das suas necessidades e dificuldades. Nesses momentos de proximidade e interação é possível apontar os comportamentos positivos que precisam ocorrer nas diferentes situações cotidianas, como dar espaço para os outros, compreender que os ganhos não são frequentes, além de estimular a comunicação respeitosa. O aprendizado vivenciado ao longo das brincadeiras com os pais vai sendo transportado para outras experiências, apoiando a compreensão sobre o mundo ao seu redor. Com o passar do tempo, esses momentos agradáveis de brincar vão sendo substituídos pela leitura, conversas sobre a escola, amigos, outros interesses e relacionamentos.

Nos primeiros dois anos de vida os recursos de comunicação da criança são limitados e é comum observar episódios de irritação e descontrole. Como as consequências ainda não são completamente compreendidas, o ideal seria a retirada gentil da situação indesejada ou redirecionamento. Criar rotinas para o bebê, utilizar a comunicação verbal de forma clara e responder de maneira flexível às solicitações podem ser úteis nessa fase. Assim os pais vão aos poucos reconhecendo as necessidades dos lactentes e criando cenários seguros para o seu desenvolvimento.

No período escolar (e pré-escolar) existe ganho regular de independência, mas ainda sem completo autocontrole e o ideal seria reforçar adequadamente os comportamentos positivos com elogios. Mais uma vez, a criação de ambiente estruturado e seguro é fundamental, e os pais já podem considerar as habilidades e competências adquiridas pelas crianças que podem ser responsabilizadas pelo cumprimento das regras previamente acordadas. Os desafios acadêmicos e sociais vão se tornando mais complexos, e seria importante o entendimento que podem resultar em sucessos e fracassos, ambas experiências valiosas. O ideal seria o apoio na resolução de problemas, fazendo críticas ao comportamento observado e não aos seus filhos.

Existem algumas características dos pais (ou cuidadores) que podem influenciar na escolha dos métodos para disciplina infantil, e o pediatra precisa estar atento para apoiar as diferentes composições familiares. A literatura aponta quatro estilos parentais que merecem atenção. O permissivo é aquele excessivamente tolerante e que estabelece poucas regras e limites. O negligente seria o ausente ou pouco presente, se concentra mais em suas próprias necessidades, demonstrando baixo nível de suporte e disciplina. Existe ainda o pai autoritário e rígido, que controla e avalia em demasia o comportamento de seus filhos. Podem demonstrar pouco afeto e acabam escolhendo formas violentas de punição. Por fim, existe o estilo autoritativo/participativo, que consegue estabelecer regras claras e valoriza os comportamentos positivos, utilizando comunicação aberta e suporte emocional.

Considerando o modelo ecológico explicativo para a ocorrência de violência, experiências passadas, valores, crenças e a cultura local podem influenciar na escolha de práticas violentas de disciplina. É preciso esforço para reconhecer os fatores de proteção e vulnerabilidade existentes nas relações de cada família, que podem resultar na escolha do uso de castigo corporal, forma ainda muito frequente de violência familiar.

O cuidado com os filhos é um trabalho árduo, que demanda tempo, muita atenção e organização da dinâmica familiar. O pediatra tem um papel fundamental, em especial nas fases iniciais da infância, criando espaços de escuta para as preocupações dos pais e colaborando para o estabelecimento de pequenas mudanças no dia a dia que podem promover ambientes de maior harmonia. Para isso, podem apoiar o conhecimento sobre cada fase do desenvolvimento, criando expectativas adequadas e realistas, além de incentivar a comunicação e negociação entre os membros da família. Assim, os pais conseguem acompanhar adequadamente as descobertas, incentivando seus filhos e criando ambiente que promova o seu bem-estar.

Referências Bibliográficas:

1. Krug EG, Dahlberg L, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. World Health Organization, Geneva. 2002.
2. Altáim ERP, Souza M, Teixeira L, Brum D, Velho CO. Cuidado Integral e a Parentalidade Positiva na Primeira Infância. Brasília, DF: Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). 2022. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/biblioteca>.
3. Bauer NS, Childer Jr DO, Curtin M. Principles of positive parenting can be shared during pediatric visits. American Academy of Pediatrics. 2016.
4. Weisleder A, Cates CB, Dreyer BP, Johnson SB, Huberman HS, Seery AM et al. Promotion of Positive Parenting and Prevention of Socioemotional Disparities. Pediatrics, published online January 27, 2016. DOI: 10.1542/peds.2015-3239.



Sheila Knupp Feitosa de Oliveira
Membro do Departamento Científico
de Reumatologia Pediátrica da SOPERJ

Quadril doloroso na criança

Investigar dor em quadril é um desafio frequente para o pediatra. O diagnóstico diferencial inclui doenças inflamatórias, ortopédicas, neoplásicas e hematológicas.¹ Algumas condições têm evolução favorável, mas outras podem ser fatais e/ou resultar em sequelas. Este texto oferece dicas de como conduzir a história, examinar o quadril e solicitar exames complementares.

História

As primeiras pistas vêm na identificação: idade, raça e sexo. A queixa principal pode ser dor na virilha, claudicação, dor referida na coxa ou joelho. A duração dos sintomas ajudará a estabelecer se o quadro doloroso é agudo, recorrente ou crônico. As circunstâncias de aparecimento da dor são importantes. De modo geral podemos dizer que dor durante a atividade física indica origem mecânica, dor pior pela manhã ou após repouso indica uma condição inflamatória e dores noturnas falam a favor de osteoma osteoide ou neoplasias.

Dores intensas que impedem a marcha devem ser investigadas imediatamente, pois podem ser graves e ter origem no quadril, na pelve ou coluna. O diagnóstico de artrite séptica é uma emergência médica e deve ser diferenciada da sinovite transitória de quadril, que pode ter manifestações iniciais idênticas.

Na história é importante pesquisar manifestações extra-articulares associadas, infecções recentes, contato com tuberculose, presença de doenças autoimunes e hereditárias na família. Indagar sobre atividade sexual em adolescentes pode alertar para artrite reativa associada a infecções sexualmente transmissíveis. Traumas leves são frequentemente lembrados, mas raramente são a causa da dor no quadril.

Exame Físico

O exame físico deve ser completo e o exame osteoarticular não deve se limitar ao quadril. A inspeção, palpação e movimentação são realizadas com o mínimo de roupas possível. De pé, procura-se por desnivelamento da pelve, assimetria de coxas e joelhos, postura em semiflexão e rotação externa do quadril. A claudicação é observada durante a marcha normal, na ponta dos pés e sobre os calcanhars.

A palpação e a movimentação são realizadas com o paciente deitado, com o objetivo de localizar a dor e demonstrar a limitação de movimentos. Deve-se iniciar pelo membro não doloroso, a fim de obter a confiança e cooperação do paciente. A palpação da virilha ajuda a localizar a sede da dor, enquanto a movimentação demonstra a presença da dor e a limitação dos movimentos. Todos os movimentos devem comparar os 2 membros. A flexão do quadril, mantendo a coxa em posição vertical e joelho a 90 graus, permite movimentar o pé e a perna para dentro e para fora, avaliando a rotação interna e externa dos quadris. O exame em decúbito ventral, com quadris em extensão e flexão de joelhos mantendo os pés no alto permite observar limitação da rotação interna ao se afastar os pés e, da rotação externa, ao cruzar as pernas e os pés. Se o problema estiver localizado na pelve ou sacroilíacas, estas manobras podem ser menos dolorosas, mas poderão ser exacerbadas com movimentos combinados de torção da pelve com a manobra de FABER (Flexão de quadril e joelho, ABdução e Rotação Externa).¹

Exames complementares

Os exames laboratoriais iniciais são solicitados de acordo com a hipótese diagnóstica. Hemograma, proteína C reativa (PCR) e/ou velocidade de hemossedimentação (VHS) podem estar alterados em causas inflamatórias e neoplásicas.¹ A presença de citopenia, aumento de ácido úrico e desidrogenase láctica sugerem leucemia. Se a dor for aguda e a hipótese for infecção bacteriana, culturas (sangue, líquido sinovial) e análise do líquido sinovial devem ser realizadas.²⁻⁴ Na dor crônica, com suspeita de sacroilite, a pesquisa de HLA B27 pode ajudar, mas não há necessidade de pesquisar o fator antinuclear (FAN) e nem o fator reumatoide. Nas dores mecânicas os exames laboratoriais serão normais, mas imagens são necessárias.¹

Exames de imagem devem incluir a análise dos 2 quadris. Radiografias são importantes na suspeita de lesão óssea como fraturas, tumores, doença de Legg-Calvé-Perthes (LCP), epifisiólise, osteomielite.²⁻⁴ Ressonância magnética deve ser solicitada nas fases iniciais de osteomielite, LCP, epifisiólise, se radiografias não forem conclusivas, e em tumores. Entretanto, se a dor for aguda e articular, o ultrassom será mais útil, pois detecta pequenos derrames. Atualmente, a cintilografia óssea só tem lugar na impossibilidade de realizar a ressonância magnética, que oferece melhor imagem e sem risco de radiação.

As principais causas de dor em quadril na infância estão exibidas no Quadro 1.

Quadro 1 Principais causas de dor em quadril

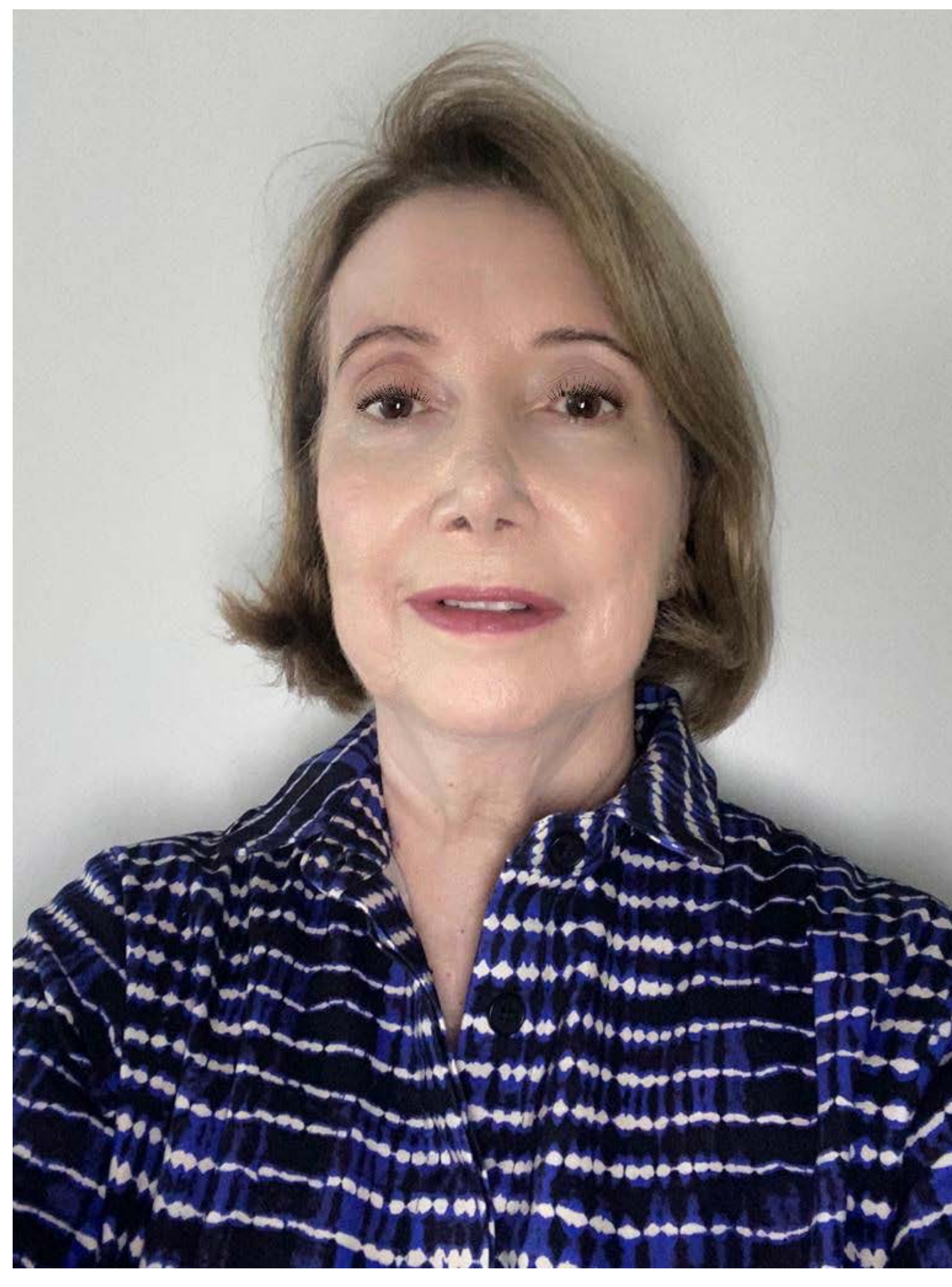
Causa da dor	Identificação e História	Exames complementares
Inflamatórias		
Sinovite transitória de quadril	Idade: 3 a 10 anos, Gênero: principalmente meninos Início com dor aguda, intensa ou claudicação Febre em 30% dos casos História prévia de IRA (50%) Estado geral bom Bilateral em 25% (mas um lado pode ser assintomático) Pode recidivar em até 17%	Ultrassom: aumento do líquido sinovial
• Artrite séptica • Osteomielite • Psoíte	Febre em 50% dos casos Dor de início agudo, limitação de movimentos do quadril ou até recusa em andar História de infecção recente (ex. pele, ouvido)	Leucocitose, aumento de PCR e VHS Culturas (sangue, líquido sinovial) Ressonância magnética mostrará se o sítio doloroso é o fêmur, a pelve, a coluna ou o músculo psoas
Inflamatórias não infecciosas • Artrite reumática • Artrite idiopática juvenil (artrite relacionada à entesite e artrite psoriásica) • Artrite das doenças inflamatórias intestinais • Artrite reativa • Osteomielite crônica não bacteriana (CNO/CRMO)	Dor de início agudo (febre reativa) ou insidioso, oscilando de intensidade, com rigidez e dor pior pela manhã mas melhorando com exercícios durante o dia. Associação com manifestações extra-articulares (cutâneas, intestinais, ungueais, uveíte, por ex.) ajudam a identificar a doença. História familiar ajuda a esclarecer o diagnóstico.	A seleção de exames depende da suspeita do diagnóstico Hemograma PCR e VHS ASO HLA-B27 Calprotectina fecal Ultrassom e ressonância magnética
Ortopédicas		
• Legg-Calvé-Perthes (necrose avascular do quadril) • Epifisiólise (deslizamento posterior da epífise femoral)	Idade: 3 a 12 anos Gênero: principalmente masculino Bilateral em 10 a 20% Dor de início insidioso em quadril, coxa ou joelho Diagnóstico diferencial com outras necroses vasculares; induzida por glicocorticoide, doença falciforme, doença de Gaucher	Exames laboratoriais normais Se radiografia inicial for normal, deve fazer a ressonância magnética
Neoplásicas		
• Tumores ósseos (primários ou metastáticos) • Leucemia	Leucemia - dor intensa, migratória, noturna Osteoma osteoide - dor noturna e alivia com AINE	Hemograma, mielograma, LDH, ácido úrico Se a radiografia não mostra imagem característica, a ressonância magnética pode ser necessária
Causas raras	Fratura de estresse, condrólise, psoíte, discite, apendicite, abscesso pélvico ou abdominal	Laboratório e exames de imagem de acordo com o quadro clínico

IRA: infecção respiratória aguda; VHS: velocidade de hemossedimentação; PCR: proteína C reativa; ASO: antiestreptolisina O; AINE: anti-inflamatório não esteroide; CNO: osteomielite crônica não bacteriana; CRMO: osteomielite crônica multifocal recorrente.

Fonte: Oliveira, 2014.¹

Referências bibliográficas:

- Oliveira SKF. Diagnóstico diferencial com doenças reumáticas - condições ortopédicas. In: Oliveira SKF. Reumatologia para pediatras. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2014. p. 493-506.
- Cook PC. Transient synovitis, septic hip, and Legg-Calvé-Perthes disease: an approach to the correct diagnosis. Pediatr Clin North Am. 2014; 61(6):1109-18.
- Whitelaw CC, Varacallo M. Transient Synovitis In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
- Luhmann SJ, Jones A, Schootman M, Gordon JE, Schoenecker PL, Luhmann JD. Differentiation Between Septic Arthritis and Transient Synovitis of the Hip in Children with Clinical Prediction Algorithms. J Bone Joint Surg Am. 2004; 86(5):956-62.

Coluna – História da SOPERJ

Dra. Marilene Augusta Rocha Crispino Santos

(Triênio 2004 – 2006)

Editora da Revista Residência Pediátrica da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Membro integrante do Acute Respiratory Infection Group – Cochrane Collaboration. Doutorado em Medicina com área de interesse em Pesquisa Clínica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher no Instituto Fernandes Figueira (Ministério da Saúde). Especialização em Pneumologia Pediátrica pela UFRJ. Diretora Financeira e Secretária Geral da SBP em administrações consecutivas no período 2007-2016. Curso de Medicina na Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Residência Médica em Pediatria no Instituto de Assistência dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. <http://lattes.cnpq.br/7209316235461850>

Dra. Marilene, como foi sua gestão na SOPERJ?

Minha gestão à frente da SOPERJ no triênio 2004-2006 teve como base a “educação médica continuada” com o objetivo primeiro de aprimoramento da qualidade de vida e saúde de nossas crianças e adolescentes, bem como a atualização dos pediatras.

Cientes de que a tecnologia da informação simplifica a comunicação e, portanto, é um elemento essencial para a disseminação de novos conhecimentos, oferecemos aos nossos associados uma Homepage (www.soperj.org.br) adequada às exigências da modernidade, eficiente, amigável, fácil de navegar e com conteúdo que se ajustava de forma dinâmica a uma atualização constante. Além disso, intensificamos a divulgação por meio do Boletim SOPERJ e da Revista SOPERJ, levados ao mais próximo possível do estado da arte. Estreitamos parcerias com o Conselho Regional de Medicina, Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde, entre outros, que em muito facilitaram a realização de vários Cursos de Capacitação e de Atualização. Jornadas e Simpósios foram idealizados tendo como público beneficiado, principalmente, o pediatra que trabalha no interior do Rio de Janeiro. Enfim, foram oferecidas múltiplas oportunidades, entre as várias opções pedagógicas, para que o pediatra pudesse escolher a que melhor se ajustasse a sua área de atuação profissional e a sua experiência clínica diária.

E quanto aos eventos que aconteceram na gestão?

O evento mais destacado nesse leque de opções científicas foi o VIII Congresso de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (CONSOPERJ) em 2006. O VIII CONSOPERJ, no Hotel Glória, foi um enorme sucesso, onde um número expressivo de pediatras que compareceu teve suas expectativas atendidas e até excedidas por uma programação atual e dinâmica, apresentada por professores nacionais e estrangeiros, com participação inclusive da Organização Panamericana da Saúde.

A comemoração dos 25 anos da SOPERJ – o Jubileu de Prata – recebeu destaque individualizado com o lançamento do livro – SOPERJ 25 anos. Todos os presidentes desde o Biênio Inicial, 1981-1983, até o triênio 2004-2006, no qual com muita honra conduzi a SOPERJ, tiveram lugar de destaque, sendo citados nominalmente bem como as respectivas diretorias. Foram registrados depoimentos pessoais, projetos, realizações e estilos de administração, únicos e agregadores.

Mensagem aos leitores do Boletim SOPERJ

O triênio 2004-2006 foi abençoado com um crescimento continuado da Instituição como consequência natural de seu desenvolvimento.

A SOPERJ e o pediatra formam, na verdade, um corpo indissolúvel. Nosso sucesso está completamente relacionado a nossa capacidade de interpretar e de atender os desejos dos pediatras, sempre em contato com o cenário epidemiológico social.