

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

nº **72**

Departamentos Científicos SPSP - gestão 2013-2016
Abril 2015



Departamento de
Reumatologia

**Síndromes
auto-
inflamatórias**

Grupo de Saúde Oral

**Atendimento
odontológico ao
recém-nascido**

Departamento de Adolescência

**Vacinação
contra HPV:
mito e realidade**



Sociedade de Pediatria de São Paulo

Diretoria de Publicações

R. Maria Figueiredo, 595, 10º andar
04002-003 São Paulo, SP
(11) 3284-9809

SALSEP 360, PARA NARIZINHOS DESTA TAMANHO E COMO CARINHO DA MAMÃE.

**SALSEP 360 É O ÚNICO SPRAY NASAL QUE
PODE SER USADO EM QUALQUER POSIÇÃO.
EXCLUSIVO PARA CRIANÇAS DE ATÉ 4 ANOS.**

**SALSEP 360, PARA A
MAMÃE É CUIDADO, PARA
O FILHOTE É CARINHO.**



SALSEP® 360 0,9% - cloreto de sódio - Solução nasal com 9 mg/mL em frasco spray com 15 ou 50 mL. Cada nebulização (puff) libera 0,05 mL de solução. **USO NASAL - USO PEDIÁTRICO** (Entre 0 e 4 anos de idade). **Contraindicações:** pacientes com hipersensibilidade aos componentes da fórmula. **MEDICAMENTO DE NOTIFICAÇÃO SIMPLIFICADA** - RDC Nº. 199/2006, AFE Nº 1.0033-3, Farm. Resp.: Cintia Delphino de Andrade CRF-SP nº 25.125. **LIBBS FARMACÉUTICA LTDA**, CNPJ 61.230.314/0005-07, Rua Alberto Correia Francfort, 88, Embu SP Indústria Brasileira. SALSEP® 360 É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÉUTICO. LEIA A BULA.

REFERÊNCIAS: 1. SALSEP 360%. São Paulo: Libbs Farmacêutica Ltda. Bula do medicamento.

Libbs

Síndromes autoinflamatórias

As síndromes autoinflamatórias (SAIs) ou síndromes hereditárias de febre periódica, são doenças raras, caracterizadas por febre recorrente e sintomas inflamatórios sistêmicos, como manifestações cutâneas, oculares, osteoarticulares, pulmonares, neurológicas e serosite.

Anualmente novas SAIs são identificadas, com características clínicas, laboratoriais, tratamentos, prognósticos e alterações genéticas distintas. Elas são incluídas no diagnóstico diferencial de febre de origem indeterminada e febre recorrente e são acompanhadas, habitualmente, pelo Reumatologista Pediátrico. A Tabela 1 inclui os principais sinais de alerta para SAIs.

Essas síndromes não têm altos títulos de autoanticorpos ou linfócitos T autorreativos, portanto não são doenças autoimunes, sendo causadas por defeitos monogênicos em proteínas da imunidade inata. A fisiopatologia envolve a desregulação da síntese de citocinas pró-inflamatórias, es-

pecialmente de IL-1 β . A forma madura dessa citocina é produzida através da ativação de um complexo molecular chamado inflamassomo, cujo objetivo final é a formação da forma ativa de caspase 1, enzima responsável pela geração de IL-1 β a partir da sua forma inativa pró-IL-1 β . As principais SAIs são causadas por defeitos em proteínas implicadas direta ou indiretamente na ativação do inflamassomo, determinando produção excessiva de IL-1 β e geração dos sintomas inflamatórios sistêmicos.

Os exames laboratoriais nas SAIs podem evidenciar durante os surtos: leucocitose e elevação de provas inflamatórias, como velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR), fibrinogênio, haptoglobina, ferritina, C3, C4 e proteína sérica amiloide A. A principal complicação em longo prazo é a amiloidose.

A febre familiar do Mediterrâneo é a doença mais frequente caracterizada por episódios recorrentes de febre,

Autores:

Clovis Artur Almeida da Silva e
Maria Teresa R. A. Terreri

DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGIA
Gestão 2013-2016

Presidente:

Cássia M. Passarelli L. Barbosa

Vice-presidente:

Maria Carolina dos Santos

Secretário:

Melissa Mariti Fraga

Membros:

Adriana Almeida de Jesus,
Adriana Maluf E. Sallum, Ana
Paola N. Lotito, Bernadete
de Lourdes Liphau, Claudia
G. Schainberg, Claudia Saad
Magalhães, Claudio Arnaldo
Len, Clóvis Artur Almeida da
Silva, Daniela Gerent Petry
Piotto, Eunice Mitiko Okuda,
Gleice Clemente de Souza Silva,
Gecilmar Cristina S. Pileggi,
Juliana de Oliveira Sato, Lucia
Maria M. de Arruda Campos,
Luciana Martins de Carvalho,
Luciana Tudech S. Pedro Paulo,
Marcos V. Ronchezel, Maria
Helena B. Kiss, Maria Heloiza T.
Ventura, Maria Odete E. Hilário,
Maria Teresa R. A. Terreri,
Marilda Trevisan Aidar, Nadia
Emi Aikawa, Octávio Augusto
Bedin Peracchi, Paulo Roberto
S. Romanelli, Roberto Marini,
Rosa Maria R. Pereira, Silvana B.
Sacchetti, Sonia Maria Sawaya
Hirscheimer, Tania Caroline
Monteiro de Csatro, Virginia Paes
L. Ferriani, Vanessa Monteiro
Bugni, Wanda Alves de Bastos.

expediente

**Diretoria da Sociedade de
Pediatría de São Paulo**
Triênio 2013 - 2016

Diretoria Executiva

Presidente:

Mário Roberto Hirschheimer

1º Vice-Presidente:

Clóvis Francisco Constantino

2º Vice-Presidente:

João Coriolano Rego Barros

Secretário Geral:

Maria Fernanda B. de Almeida

1º Secretário:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner

2º Secretário:

Tadeu Fernando Fernandes

1º Tesoureiro:

Renata Dejtiar Waksman

2º Tesoureiro:

Lucimar Aparecida Françoço

Diretoria de Publicações

Diretora: Cléa Rodrigues Leone

Revista Paulista Pediatría

Editora: Ruth Guinsburg

Editora associada: Sônia Regina

Testa da Silva Ramos

Editores executivos:

Amélia Miyashiro N. dos Santos

Antonio Carlos Pastorino

Antonio de Azevedo Barros Filho

Celso Moura Rebello

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck

Mário Cicero Falcão

Assistentes editoriais:

Paloma Ferraz e Patrícia C. Freire

Departamentos Científicos

Diretor:

Rubens Feferbaum

Membros:

Paulo Roberto Pachi

Regis Ricardo Assad

Maria Marluce dos Santos Vilela



Produção editorial:

L.F. Comunicações Ltda.

Editora:

Lucia Fontes

Lucia@LFComunicacoes.com.br

Revisão:

Paloma Ferraz

dor abdominal ou torácica, causada por serosites e artrite. Colchicina é a terapia de escolha e é útil na prevenção da amiloidose renal.

A síndrome periódica associada ao receptor do fator de necrose tumoral (TRAPS - *TNF-receptor associated periodic syndrome*) é a segunda SAI mais prevalente. A TRAPS apresenta surtos de febre alta com dor abdominal, dor pleural, mialgia localizada e migratória e manifestações oculares. O tratamento inicial é o etanercepte.

As criopirínopatas correspondem a três patologias: a doença inflamatória multisistêmica de início neonatal (NOMID), também chamada de síndrome neurológica, cutânea e articular crônica infantil (CINCA), a síndrome de Muckle-Wells e a síndrome autoinflamatória familiar associada ao frio (que geralmente apresenta *rash* urticariforme que surge de 1 a 2 horas após exposição ao frio). A síndrome NOMID/CINCA é a mais grave das criopirínopatas e se inicia nas primeiras semanas de vida com febre, *rash* cutâneo, meningite asséptica crônica e artropatia. Quando não tratados, os doentes desenvolvem perda auditiva neuro-

sensorial, alterações oculares e retardo do desenvolvimento neuropsicomotor. Hiper crescimento patelar simétrico é um achado característico da síndrome NOMID/CINCA. Agentes inibidores de IL-1 (anakinra, canakinumabe e rilonacepte) têm sido utilizados com sucesso no tratamento da doença.

Na deficiência de mevalonato-quinase ocorre linfadenopatia cervical, dor abdominal, hepatoesplenomegalia, artrite, exantema, mialgia, serosites e úlceras orais ou genitais. Os níveis de IgD elevados e a dosagem de mevalonato urinário durante as crises são úteis para o diagnóstico. Corticosteroides, sinvastatina e agentes biológicos (anti-TNFalfa e anti-IL-1) têm sido utilizados.

A síndrome Blau é uma doença de herança autossômica dominante com manifestações clínicas causadas pela inflamação granulomatosa de articulações, olhos e pele. O fenótipo clínico dessa síndrome é idêntico ao da sarcoidose de início precoce e ambas são causadas por mutações no gene que codifica a proteína NOD2/CARD15. As manifestações clínicas mais comuns são: poliartrite crô-

nica hipertrófica; uveíte grave podendo levar a perda visual e exantema ictiosiforme. O tratamento envolve corticoterapia, metotrexate, ciclosporina, e agentes biológicos (etanercepte, infliximabe e anakinra).

Outras SAIs raras incluem as doenças piogênicas, principalmente: deficiência de um antagonista do receptor de interleucina (DIRA) e síndrome de Majeed. Os pacientes com DIRA apresentam dermatite pustulosa e osteomielite multifocal asséptica, com elevação acentuada de provas inflamatórias. As lesões cutâneas podem variar de lesões pustulosas esparsas à dermatite pustulosa generalizada grave ou lesões ictiosiformes. O tratamento de escolha é

formado pelos anti-IL1. Os pacientes com síndrome de Majeed apresentam osteomielite multifocal recorrente crônica, dermatose neutrofílica e anemia diseritropoiética congênita, de início precoce, principalmente no período neonatal.

Recentemente, constituímos um grupo latino-americano para diagnóstico clínico e genético das principais SAIs na faixa etária pediátrica. O nosso país é miscigenado e essas doenças são possivelmente subdiagnosticadas. É importante que o pediatra reconheça as principais manifestações clínicas dessas síndromes para um diagnóstico precoce e rápida instituição da terapia quando disponível.

Referências bibliográficas

- Jesus AA et al. Pediatric hereditary autoinflammatory syndromes. *J Pediatr (Rio J)*. 2010;86:353-66.
- Matos TC, Terreri MT, Petry DG, Barbosa CM, Len CA, Hilário MO. Autoinflammatory syndromes: report on three cases. *Sao Paulo Med J*. 2009;127:314-6.
- Jesus AA et al. TNF receptor-associated periodic syndrome (TRAPS): description of a novel TNFRSF1A mutation and response to etanercept. *Eur J Pediatr*. 2008;167:1421-5.
- Jesus AA et al. Phenotype-genotype analysis of cryopyrin-associated periodic syndromes (CAPS): description of a rare non-exon 3 and a novel CIAS1 missense mutation. *J Clin Immunol*. 2008;28:134-8.
- Dutra LA et al. Cryopyrin associated periodic syndrome with neurological involvement in a 50-year-old patient. *Eur J Neurol*. 2014;21:e27-8.
- Jesus AA et al. Hereditary autoinflammatory syndromes: a Brazilian multicenter study. *J Clin Immunol*. 2012;32:922-32.
- Jesus AA et al. A novel mutation of IL1RN in the deficiency of interleukin-1 receptor antagonist syndrome: description of two unrelated cases from Brazil. *Arthritis Rheum*. 2011;63:4007-17.
- Almeida de Jesus A, Goldbach-Mansky R. Monogenic autoinflammatory diseases: concept and clinical manifestations. *Clin Immunol*. 2013;147:155-74.

Tabela 1 – Sinais de alerta para SAIs

- Febre persistente ou periódica sem outra causa aparente com duração > 6 meses
- Início e término abruptos dos sintomas com intervalo assintomático entre as crises
- Curso semelhante em cada episódio
- História familiar de SAIs ou alterações fenotípicas
- *Rash* maculopapular ou urticariforme recorrente
- Psoríase, piodermites ou abscessos recorrentes ou persistentes assépticos
- Biópsia de pele com dermatite neutrofílica
- Uveíte e edema periorbitário
- Serosites ou dor abdominal recorrente
- Linfadenomegalia com febre recorrente
- Artropatia, aumento ósseo e mialgias localizadas recorrentes
- Estomatite, faringite ou adenites de repetição com febre
- Episódios recorrentes de artrite asséptica ou osteomielite crônica
- Surdez, meningite asséptica ou atraso do desenvolvimento neuropsicomotor
- Aumento das provas de atividade inflamatória, anemia, leucocitose e plaquetose
- Autoanticorpos negativos
- Qualidade de vida e crescimento pândero-estatural normais (exceção síndrome NOMID/CINCA)

Atendimento odontológico ao recém-nascido

A cavidade oral do recém-nascido possui características próprias que permitirão a adequada realização das suas funções vitais. Contudo, caso sejam diagnosticadas alterações orais ao nascimento que possam dificultar ou impedir a realização dessas funções, um pronto plano de tratamento deve ser indicado, enfatizando a necessidade do conhecimento científico e clínico do profissional responsável pelo primeiro exame.

O diagnóstico precoce de alterações e disfunções e o seu respectivo planejamento terapêutico humanizado deve ser uma prioridade de toda equipe transdisciplinar neonatal. Atenção especial deve ser dada ao recém-nascido pré-termo, uma vez que o estresse prolongado, persistente ou repetitivo e a exposição à dor, podem alterar a autorregulação de vários sistemas e contribuir para o aumento da morbidade e a mortalidade neonatal. Pesquisas apontam para a possibilidade futura do mo-

nitoramento da saúde dos recém-nascidos através dos biomarcadores salivares.

Os recém-nascidos pré-termo, em especial os com muito baixo peso ao nascer, devem ter acompanhamento odontológico desde cedo, pois possuem maior risco de desenvolver alteração do tônus muscular, atresia maxilar, dificuldades na motricidade e defeitos de esmalte dentário.

Embora o atendimento odontológico ao recém-nascido não seja uma rotina, esta atualização científica visa mostrar a sua importância aos formadores de opinião da saúde infantil.

Exame clínico oral do recém-nascido

Ruiz DR e da Cunha F descrevem um protocolo para o exame oral do recém-nascido (fotos ao lado) para avaliar as alterações orais e monitorar o crescimento e desenvolvimento orofacial com base na evidência científica. Todavia, deve-se levar em consideração o caráter etiológico e dinâmico indivi-

Autora:

Dóris Rocha Ruiz

GRUPO SAÚDE ORAL

Gestão 2013-2016

Coordenadora:

Lucia Coutinho

Vice-coordenadora:

Doris Rocha Ruiz

Membros:

Adriana Cátia Mazzoni, Carla Todescan, Cristina G. Zardetto, Liliana Takaoka, Maria do Carmo Bertero, Patrícia Camacho Roulet, Regina Donnamaria Morais, Renata C. Di Francesco, Sílvia Chedid, Sílvia Lavinia M. Ferreira, Vera Regina M. Dishchekienian.

dual durante o diagnóstico, prognóstico e planejamento no período neonatal. As autoras neste protocolo sugerem o exame da cavidade oral como um todo, e não apenas um segmento específico, iniciando o exame do recém-nascido pela observação das funções de respiração, sucção e deglutição. Nessa etapa poderá haver a necessidade da interação com o médico neonatologista, fonoaudióloga e fisioterapeuta, entre outros profissionais da saúde. O funcionamento adequado e em conjunto dessas funções demandam uma coordenação fisiológica, que garantirá a sobrevivência e o desenvolvimento do recém-nascido. Em seguida, passa-se para o exame da cabeça e pescoço, observando: coloração, formato e textura das estruturas; simetria craniofacial, relação de ta-

manho entre maxila e mandíbula e, destas, com a cabeça e corpo; palpação e observação dos movimentos das articulações temporomandibulares. Também palpação da região dos gânglios submandibulares, das cadeias ganglionares do pescoço e avaliação dos lábios e comissuras labiais. No exame intraoral são avaliados os lábios, toda a mucosa oral, palato, língua e assoalho bucal e feita a palpação das glândulas sublinguais, submandibulares e parótidas, bem como o exame dos freios (lingual e labiais), bridas e os rodetes gengivais. Existem vários tipos de relacionamento entre os rodetes gengivais superiores e inferiores, sendo que a postura da língua do recém-nascido permanece entre os rodetes gengivais. O Quadro 1 cita algumas alterações orais neonatais.



Exame oral inserido no atendimento transdisciplinar do recém-nascido. Fonte: Dóris Rocha Ruiz.

Quadro 1 - Alterações orais no recém-nascido

Nódulo de Bohn	Cistos de inclusão presentes ao longo dos rodetes gengivais.
Pérola de Epstein	São os cistos de inclusão queratinizados localizados no palato, na rafe mediana.
Cisto gengival	Cistos de inclusão localizados na linha do rebordo gengival, na região onde futuramente ocorrerá a erupção dos molares decíduos.
Épulide do RN	Massa pediculada de cor semelhante a gengiva normal, inserida na crista do rebordo alveolar e processo alveolar.
Dente natal	Dente que estiver presente ao nascimento.
Dente neonatal	Dente que erupcionar nos primeiros trinta dias de vida.
Cisto de erupção no recém-nascido	Tumefação do tecido mole na região do dente natal ou neonatal a irromper, devido ao acúmulo de líquido seroso ou sanguíneo dentro do folículo dental.
Doença de Riga-Fede	Úlcera traumática que ocorre na superfície ventral da língua, normalmente associada à presença de dente natal e neonatal, mas pode ter outras causas, como uma intubação intraoral.
Apoio de sucção labial	É uma espécie de calo no lábio superior formado devido ao perfeito vedamento labial no bico materno durante o aleitamento.
Alterações na língua e assoalho bucal	Presença de fissuras, erosão, despapilação, lesões traumáticas, alterações de tamanho como micro ou macroglossia, presença de tumores, rânula ou ceratocistos.
Freio lingual curto	A presença do freio lingual curto pode contribuir para a interrupção do aleitamento por limitação dos movimentos do lactente.
Fratura e anquilose na articulação temporomandibular	A disfunção temporomandibular pediátrica rara que pode ser decorrente de transtornos dos tecidos moles ou do esqueleto, e de origem congênita ou adquirida.
Fibroma odontogênico periférico	Neoplasia fibroblástica contendo quantidades variáveis de epitélio odontogênico e pode conter dentina ou material semelhante ao cimento.
Malformações vasculares	Aparecem como marcas de nascença, anomalias de vasos sanguíneos e linfáticos, sendo classificadas de acordo com as características de sua vazão.

Hemangioma	Lesão de origem vascular. Os hemangiomas verdadeiros são hamartomas, estando presentes ao nascimento, com crescimento rápido até a infância, passando a regredir com o tempo.
Candidíase	É uma infecção fúngica onde as placas brancas se apresentam sobre um fundo hemorrágico, podendo se apresentar logo ao nascimento, sendo chamada candidíase congênita, ou pode ser adquirida tardiamente durante a internação hospitalar.
Gengivostomatite herpética primária	É a infecção primária herpética, aguda, caracterizada pelo surgimento de lesões orais vesiculosas e ulceradas.
Fissuras e fendas no lábio e palato	A fissura labiopalatal é uma anomalia congênita que acomete o terço médio da face, com comprometimento da maxila.
Sialadenite	Infecção bacteriana de uma glândula salivar.

Aleitamento

O leite materno é um alimento completo do ponto de vista nutricional. O momento do aleitamento é importante para o desenvolvimento emocional, cognitivo e motor do lactente. Deste modo, deve-se instruir quanto à posição de mamada e sobre a troca de lado e de mama, favorecendo os movimentos orais apropriados. Os movimentos realizados pelo lactente durante o aleitamento materno fazem com que todas as estruturas orais, como os lábios, língua, bochechas, articulações temporomandibulares, ossos e músculos, se desenvolvam e fortaleçam harmonicamente, o que favo-

recerá o predomínio da respiração nasal, sendo esta um estímulo natural ao correto estabelecimento da oclusão decídua (encaixe dos dentes). Deverá haver uma ação sincronizada entre as funções vitais de sucção, deglutição e respiração, justificando a necessidade do odontopediatra atuar na orientação e incentivo ao aleitamento materno.

Hábitos orais deletérios

Hábitos orais deletérios são aqueles que poderão influenciar negativamente o desenvolvimento da oclusão decídua, tais como: a sucção contínua de dedos, lábios ou chupeta, respiração oral, de-

Referências bibliográficas

Ruiz DR, da Cunha F. Exame oral do recém-nascido. In: Coutinho L, Böncker M. Odontopediatria para o pediatra. Série de Atualizações Pediátricas. São Paulo. Atheneu, 2013. Cap. 9:107-120.

Ruiz DR. Atenção odontológica primária na primeira infância. In: Associação Brasileira de Odontologia; Pinto T, Groisman S, Moyses SJ, organizadores. PRO-ODONTO PREVENÇÃO Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva: Ciclo 7. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2014. p. 105-156. (ECD, v. 3).

Ruiz DR, Groisman S. Protocolo de atenção odontológica materno-infantil. In: Associação Brasileira de Odontologia; Pinto T, Groisman S, Moyses SJ, organizadores. PRO-ODONTO PREVENÇÃO Programa de Atualização em Odontologia Preventiva e Saúde Coletiva: Ciclo 8. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2014. p. 9-72. (ECD, v. 1).

Yoshizawa JM, Schafer CA, Schafer JJ, Farrell JJ, Paster BJ, Wong DT. Salivary biomarkers: toward future clinical and diagnostic utilities. Clin Microbiol Rev. 2013 Oct;26(4):781-91. doi: 10.1128/CMR.00021-13. Review.

Jacobsen PE, Haubek D, Henriksen TB, Østergaard JR, Poulsen S. Developmental enamel defects in children born preterm: a systematic review. Eur J Oral Sci. 2014 Feb;122(1):7-14. doi: 10.1111/eos.12094. Epub 2013 Oct 24.

American Academy of Pediatric Dentistry reference manual 2011-2012. Pediatr Dent. 2011;33(6 Reference Manual):1-349.

Ruiz DR. Primeira visita ao Odontopediatra. SPSP: Atualização de Conduitas em Pediatria: Recomendações 2010; 54:5-7.

Hallas D, Fernandez JB, Lim LJ, Catapano P, Dickson SK, Blouin KR, Schmidt TM, Acal-Jimenez R, Ali N, Figueroa KE, Jivani NM, Sharma A. OHEP: An Oral Health Education Program for Mothers of Newborns. Pediatr Health Care. 2014 Dec 26. pii: S0891-5245(14)00356-3. doi: 10.1016/j.pedhc.2014.11.004.

glutição atípica, uso prolongado da mamadeira e maus hábitos de postura labial e lingual. Podem ser evitados com orientações adequadas, iniciando com o estímulo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida.

Higiene oral

Não há consenso na literatura sobre a higiene oral do lactente. Acredita-se que não haja necessidade de limpeza da boca do recém-nascido em aleitamento materno exclusivo e sem a presença de dentes na boca, uma vez que o leite materno estimula a produção de anticorpos e imunoglobulinas. Acredita-se que a “borra do leite materno” remanescente sobre a língua ou roletes gengivais e apresenta um fator protetor importante para a saúde.

Prevenção dos traumatismos orais

Deve-se orientar os profissionais da saúde, pais e cuidadores a utilizar medidas preventivas aos acidentes no momento do parto e ainda no ambiente hospitalar (quarto conjunto, berçário, UTI neonatais e centro cirúrgico), assim como na rotina do ambiente caseiro, evitando acidentes no berço, banho, colo, passeios no carrinho de bebê e automóveis.

Incentivo ao tratamento odontológico preventivo

Cabe aos profissionais da saúde no período perinatal conscientizar e motivar os pais quanto à promoção da saúde oral ao longo da primeira infância.

Objetivos do monitoramento pelo odontopediatra

- Promover a saúde oral;
- Iniciar o acompanhamento da erupção dos dentes, monitorando o crescimento e desenvolvimento dos arcos dentais;
- Estabelecer ações preventivas para evitar a erosão dental, cárie dentária, doença periodontal, oclusopatias e traumatismos orais;
- Orientar para motivar os hábitos saudáveis que favorecerão a melhor qualidade de vida;
- Com as visitas regulares, criar um vínculo de confiança entre a família, profissional e criança, tão importante para o sucesso das ações preventivas.

Vacinação contra HPV: mito e realidade

O Papilomavírus Humano (HPV) é o agente etiológico do condiloma acuminado, considerado como a doença sexualmente transmissível (DST) mais frequente em todo o mundo com maior incidência em adolescentes, constituindo o grupo de maior risco.

A infecção pelo HPV é bastante comum e era considerada de pouca significância clínica. Porém, nas últimas décadas esse conceito mudou, com a identificação do HPV como “vírus tumoral”.

Os tipos do HPV 16 (54%) e 18 (16%), presentes na vacina, são responsáveis por aproximadamente 70% dos cânceres de colo do útero, vagina e ânus e de cerca de 30 a 40% dos cânceres de vulva, pênis e orofaringe; os tipos 6 e 11, não oncogênicos, são encontrados em aproximadamente 90% das verrugas genitais.

Epidemiologia

O Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC) revela que o risco

para aquisição da infecção por HPV, em indivíduos de ambos os sexos, sexualmente ativos, é de 50%. A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que a cada ano ocorrem 30 milhões de caso de verruga genital e aproximadamente 500 mil novos casos de câncer. No Brasil são 18 mil casos novos por ano, com 5 mil mortes. A divulgação dessas cifras é relevante para estimular a reflexão dos pediatras sobre a importância da vacina contra o HPV.

São fatores de risco no sexo feminino: início precoce da atividade sexual, número de parceiros, comportamento sexual do parceiro, uso de contraceptivos orais e a ausência de circuncisão. No sexo masculino os fatores são semelhantes, sendo importante a proteção da circuncisão.

A infecção pelo HPV é normalmente transmitida pelo contato sexual, principalmente via intercurso sexual, muito embora possa ocorrer sem penetração. O uso do preservativo vai minorar o risco, mas é insuficiente para

Autora:

Maria Inês Borges Saito

DEPARTAMENTO DE ADOLESCÊNCIA
Gestão 2013-2016

Presidente:

Maria Inês Borges Saito

Vice-presidente:

Maria Sylvia de S. Vitale

Secretário:

Carlos Alberto Landi

Membros:

Alexandre Massashi Hirata, Ana Lucia Balbino Peixoto, Andréa Hercowitz, Benito Lourenço, Claudete Ribeiro de Lima, Débora Gejer, Elisiane Elias Mendes Machado, Elizete Ap. P. Prescinotti de Andrade, Gabriella Eriacher Lube de Almeida, Geni Workman Beznos, Ligia de Fatima N. Reato, Maria Dulcinea de Oliveira, Marisa Lazzar Poit, Mauricio Castro S. Lima, Regina Maria Banzato, Rubens Uehara, Tâmara Beres L. Goldberg.

uma prevenção total. O contágio pode ser genital-genital, manual-genital, oral-genital. Rotas não sexuais não são tão bem documentadas.

Acreditava-se num período de incubação entre dois e 12 meses. Atualmente, existem casos que se manifestam após 10 anos ou mais, podendo o vírus permanecer quiescente no organismo.

As verrugas são reconhecidas como patologias de jovens e reforçam o conceito da OMS de ser o HPV um problema de saúde pública. Podem ser constrangedoras, originando preocupações e sequelas psicoemocionais variáveis. São muito contagiosas (75% dos parceiros sexuais desenvolvem verrugas quando expostos).

O tratamento pode ser longo, doloroso, com ampla margem de insucesso e recidivas frequentes, o que favorece desistência precoce, principalmente, por parte de adolescentes. Algumas drogas podem provocar desde fístulas até agravos neurotóxicos.

Em relação a sua importância, cabe lembrar a Papilomatose Respiratória Recidivante (PRR), ligada a verrugas internas, que acometem os indivíduos mais por contaminação

através do canal de parto e que levam à necessidade de procedimentos cirúrgicos frequentes durante a infância e adolescência. E embora rara, pode comprometer o projeto de vida e levar até mesmo à morte.

A PRR desempenha possível papel nos cânceres do pescoço e da cabeça.

Vacinas

Nesta recomendação vamos nos ater à Vacina Quadrivalente Recombinante, aprovada pelo *Food and Drug Administration* (FDA) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para indivíduos de ambos os sexos entre 9 e 26 anos, administrada em 3 doses (0, 2 e 6 meses), indicada para a prevenção dos cânceres de colo de útero, vulva, vagina, ânus e verrugas genitais. Atualmente, aceita-se que uma parte das neoplasias localizadas na orofaringe (35%) se associa ao HPV.

Essa vacina é uma construção de bioengenharia, constituída por partículas de proteínas vírus-like de L1 do HPV e, portanto, não contém vírus vivos ou atenuados. É extremamente imunogênica, ou seja, é capaz de induzir a produção de grandes quantidades de anticorpos, sendo já estabelecida

sua superioridade em relação à imunidade natural.

Não há necessidade de aplicação de qualquer teste prévio para decidir sobre a vacinação. Embora seja uma vacina profilática, pessoas que já tiveram contato ou até infecção pelo HPV devem ser vacinadas. Importante lembrar que a vacina não tem efeito terapêutico. Ela pode ser usada em pessoas imunossuprimidas ou que estejam amamentando, não sendo indicada durante a gravidez ou para indivíduos com alergia a componentes das vacinas (levedura, no caso da quadrivalente); não deve haver a antecipação de doses, sendo contra indicada a intercambialidade entre as vacinas contra HPV.

Calendário oficial

Após anos de luta, em julho de 2013, o Ministério da Saúde anunciou a incorporação da vacina quadrivalente para o sexo feminino, no calendário oficial, a partir de 2014, medida essa que estendia a prevenção a todos os níveis socioeconômicos.

Já em 2014, meninas de 11, 12, 13 anos deveriam ter recebido as duas primeiras doses da vacinação. Com a adoção do esquema vacinal estendido (0, 6 e 60 meses), seria possí-

vel ampliar a oferta da vacina, a partir de 2015, para meninas entre 9 e 11 anos. Esse esquema tem duas vantagens: possibilita alcançar a cobertura vacinal de forma rápida com a administração das duas doses; a terceira dose, cinco anos depois, funciona como um reforço, prolongando o efeito protetor contra a doença.

A adoção dessa estratégia baseou-se em estudos recentes que comprovam sua eficácia (já é utilizado no Canadá, Chile, Colômbia, México e Suíça) e segue a recomendação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), apenas para programas públicos de imunização em larga escala de meninas entre 9 e 13 anos.

A meta era vacinar 80% do público-alvo que soma 5,2 milhões de meninas, pois acredita-se que a vacina deva ser dada a pelo menos 80% da população feminina para que haja imunidade de rebanho (proteção indireta de homens heterossexuais).

Segurança

Atestam a segurança da vacina, até o momento: Comitê Consultivo Global em Segurança de Vacinas da OMS, OPAS, Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Es-

tados Unidos, a Agência Europeia de Medicamentos, FDA, Anvisa, Ministério da Saúde no Brasil, Sociedade Brasileira de Pediatria e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia.

Em todo o mundo já foram aplicadas mais de 180 milhões de doses, com excelente perfil de segurança. O Brasil alcançou, com a primeira etapa da vacinação, cobertura vacinal ao redor de 90%. Foram mais de 4.159.335 aplicações, sem registros de eventos adversos graves atribuídos à vacina.

A compilação de dados do MS em relação aos eventos adversos (FormSus/Datusus) mostrou como eventos adversos: locais - dor, edema e eritema; sistêmicos - febre ($\geq 38^\circ$), cefaleia, síncope (vasovagal, mais frequente em adolescentes), medo da injeção, jejum prolongado, fadiga, locais superlotados, reações de hipersensibilidade.

Foram notificados alguns efeitos adversos graves: anafilaxia (9 casos), convulsão (8 casos), neurite ótica (2 casos), paralisia facial de Bell (1 caso).

Em relação aos eventos neurológicos aventados (inclusive paralisias), até o momento não existem evidências que confirmem relação causal

com a vacina HPV. Todos os eventos graves notificados foram investigados e, até o momento, apenas os casos de anafilaxia foram confirmados como relacionados à vacinação e o percentual encontrado está dentro do esperado na literatura.

Imaginando-se que só a prevenção modifica a história natural da doença, torna-se fundamental uma política pública que promova ações coletivas de sensibilização e capacitação dos técnicos, principalmente pediatras e profissionais ligados ao Programa de Saúde da Família (PSF), que devem se despir de qualquer preconceito, estereótipo e mito em relação à vacina, fazendo-a constar normalmente em suas orientações relacionadas à imunização em geral.

Na segunda dose da vacinação a cobertura nacional foi apenas de 31,54%. Isso mostra a necessidade de um resgate urgente para uma proposta de vacinação eficaz.

Será que pais e profissionais da saúde estarão preparados, no futuro, para responder a uma indagação de indivíduos portadores de câncer e verrugas preveníveis relacionadas ao HPV: existia a vacina? Por que eu não tomei?

Referências bibliográficas

- Abramson AL, Nouri M, Mullooly V, Fisch G, Steinberg BM. *J Med Virol*. 2004;72:473-7.
- Gillison ML, Chaturvedi AK, Lowy DR. HPV prophylactic vaccines and and potential prevention of noncervical cancers in both man and woman. *Cancer* 2008 Nov; 15;113 (10 suppl.): 3036-46.
- Kury CM et al. Implementation of the quadrivalent vaccine against HPV in the Municipality of Campos dos Goytacazes, Brazil - A combination of strategies to increase immunization coverage and early reduction of genital warts. *Trials in Vaccinology* [cited 2013 Sep 23]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.trivac.2013.08.001>.
- Palefsky JM et al. HPV vaccine against anal HPV infection and anal intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med*. 2011;365:1576-85.
- Pan American Health Organization. Vaccination: a shared responsibility. Technical Advisory Group on Vaccine-preventable Diseases [cited 2013 Sep 19]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1862&Itemid=1674.
- Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. *Global Cancer Statistics, 2002*. *CA Cancer J Clin*. 2005;55:74-108. (<http://www.ph.ucla.edu/epi/faculty/zhang/Webpages/zhang/session-11-parkin-globcancer-statistics-2002.pdf>).
- Stanley M. HPV - Immune response to infection and vaccination. *Infect Agent Cancer*. 2010;5:19.
- WHO. Human papillomavirus vaccines WHO position paper. Available from: <http://www.who.int/hpcentre/publications/en/e> http://www.who.int/immunization/newsroom/recommendation_HPV_vaccination/en/index.html.

Narizinho que mamãe beijou não é qualquer um que põe a mão.



Salsep foi pensado e desenvolvido para higienização nasal e conforto de crianças entre 5 e 10 anos.¹

Nem mais, nem menos: Salsep sabe como são as crianças nessa idade. E tem o volume ideal que o narizinho delas precisa.¹

Libbs

*Dos 5 aos 10 anos:
especialidade Salsep.*



SALSEP®0,9% - cloreto de sódio - Solução nasal com 9 mg/mL, em frasco spray com 30 ou 90 mL.
Cada nebulização (puff) libera 0,1 mL de solução. - USO NASAL - USO ADULTO E PEDIÁTRICO - Indicações: fluidificante, descongestionante nasal. Auxiliar no tratamento das manifestações nasais comuns a gripes e resfriados e auxiliar no tratamento de outras patologias respiratórias como rinites e sinusites. Pode ser também indicado em pós-operatórios de orelhas, narinas e seios nasais. MEDICAMENTO DE NOTIFICAÇÃO SIMPLIFICADA RDC Nº 199/2006. AFE Nº 1.0033-3. Farm. Resp: Cintia Delphino de Andrade CRF-SP nº 25.125. LIBBS FARMACÊUTICA LTDA/ CNPJ 61.230.314/0005-077 Rua Alberto Correia Francfort, 98/Embu-SP/Indústria Brasileira /SALSEP-MB01-13/Serviço de Atendimento LIBBS 080000-135044. SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO. SALSEP® É UM MEDICAMENTO. SEU USO PODE TRAZER RISCOS. PROCURE O MÉDICO E O FARMACÊUTICO. LEIA A BULA. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação.
REFERÊNCIAS: 1. SALSEP®, São Paulo: Libbs Farmacêutica Ltda. Bula do medicamento.