



Documento Científico

Departamento Científico de Dermatologia
(2019-2021) e Departamento Científico
de Reumatologia (2019-2021)

O espectro das lesões cutâneas no lúpus pediátrico

Departamento Científico de Dermatologia

Presidente: Vânia Oliveira de Carvalho

Secretária: Ana Maria Mosca de Cerqueira

Conselho Científico: Ana Elisa Kiszewski Bau, Gleide Maria Gatto Bragança, Jandrei Rogério Markus, Marice Emanuela El Achkar Mello, Matilde Campos Carrera

Colaboradores: Izabella Rodrigues Reis Gomes, Janine Horsth Silva, Gina B. Schiavon Masson, Iwyna França S. G. Vial, Mayke Fabricia Steinbach

Departamento Científico de Reumatologia

Presidente: Clovis Artur Almeida da Silva

Secretária: Maria Odete Esteves Hilário

Conselho Científico: Adriana Rodrigues Fonseca, Claudia Saad-Magalhães, Flavio Roberto Sztajnbock, Margarida de Fátima Fernandes Carvalho, Paulo Roberto Stocco Romanelli

Introdução

Diversas doenças reumatológicas cursam com manifestações cutâneas. O pronto reconhecimento destas lesões e a correlação com a doença reumatológica agiliza o diagnóstico e o início do tratamento, melhorando o prognóstico da doença. Muitas vezes, o pediatra é o primeiro médico a atender estes pacientes e, por isso, o conhecimento sobre as manifestações cutâneas

das doenças reumatológicas é de fundamental importância.

Este documento científico, elaborado em conjunto pelos departamentos científicos de Reumatologia e de Dermatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, objetivou fornecer um guia ilustrado das manifestações cutâneas das principais doenças reumatológicas. Neste documento, serão abordados o Lúpus eritematoso sistêmico juvenil, Lúpus eritematoso cutâneo localizado e Lúpus eritematoso neonatal.

Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil (LESJ)

LESJ é uma doença autoimune sistêmica, caracterizada por acometimento concomitante ou evolutivo de vários órgãos e sistemas em um mesmo paciente. As manifestações da doença na criança e no adolescente são imprevisíveis e a principal característica desta doença crônica é a variabilidade das manifestações clínicas e a produção de múltiplos autoanticorpos¹⁻⁴.

Os principais envolvimento na apresentação e no diagnóstico do LESJ são constitucionais, cutâneo, articular, renal, neuropsiquiátrico, hematológico e serosite. Sinais e sintomas constitucionais são as primeiras manifestações da doença, tais como: febre, perda de peso, fadiga,

anorexia, adenomegalia difusa, hepatomegalia e esplenomegalia^{1,5-8}.

O diagnóstico de LESJ é estabelecido por um conjunto de manifestações clínicas, exames sorológicos e laboratoriais, biópsias ou outros procedimentos de diagnóstico. Devido à ampla variedade fenotípica, cada caso deve ser avaliado individualmente de acordo as suas particularidades²⁻⁴.

O diagnóstico de LESJ é realizado segundo os critérios de classificação do *American College of Rheumatology* (ACR), que inclui definições padronizados para o LES. Para o diagnóstico de LESJ é necessária a presença de 4 ou mais dos 11 critérios, simultaneamente ou evolutivamente, durante qualquer intervalo de tempo (Tabela 1). Este tem sido o critério mais utilizado na prática clínica, na pesquisa clínica e em ensaios com medicamentos⁹.

Tabela 1. Critérios de classificação do *American College of Rheumatology* para lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESJ)⁹

Critérios de classificação

1. Eritema malar
2. Eritema discoide
3. Fotossensibilidade
4. Úlceras de mucosa (oral ou nasal evidenciada pelo médico)
5. Artrite não erosiva
6. Serosite (pleurite ou pericardite)
7. Doença renal
 - Proteinúria persistente ou superior a 0,5 g/dia ou
 - Cilindrúria (cilindros hemáticos, hemoglobínicos, granulares, tubulares ou mistos)
8. Doença neuropsiquiátrica
 - Psicose (excluindo-se drogas e distúrbios metabólicos) ou
 - Convulsão (excluindo-se drogas e distúrbios metabólicos)
9. Doença hematológica
 - Anemia hemolítica com reticulocitose em duas ou mais ocasiões ou
 - Leucopenia (leucócitos menor que 4.000/mm³) em duas ou mais ocasiões ou
 - Linfopenia (linfócitos menor que 1.500/mm³) em duas ou mais ocasiões ou
 - Plaquetopenia (plaquetas menor que 100.000/mm³) na ausência de drogas indutoras de trombocitopenia
10. Alterações imunológicas
 - Presença de anticorpo anti-DNA de dupla hélice ou
 - Presença de anticorpo anti-Sm ou
 - Presença de anticorpo anti-fosfolípide: anti-cardiolipina IgG ou IgM, ou anticoagulante lúpico ou
 - VDRL falso-positivo
11. Fator anti-núcleo (FAN) positivo

Para o diagnóstico de LESJ é necessária a presença de 4 ou mais dos 11 critérios, simultaneamente ou evolutivamente, durante qualquer intervalo de tempo.

Outro critério de classificação de LES foi proposto: o critério do SLICC – *Systemic Lupus International Collaborating Clinics*. De acordo com esse critério, para a classificação de LESJ é necessária a presença de 4 ou mais dos 17 critérios, simultaneamente ou evolutivamente, durante qualquer intervalo de tempo. Entretanto, para esta classificação é necessária a presença

de pelo menos um critério clínico e um critério imunológico (Tabelas 2 e 3). Um aspecto relevante e exclusivo deste novo critério é que o paciente pode ser classificado como LESJ se apresentar nefrite isolada com presença de um dos autoanticorpos: ANA/FAN (anticorpo antinuclear, também conhecido como fator antinúcleo) ou anticorpo anti-DNA de dupla hélice positivo¹⁰.

Tabela 2. Critérios clínicos de classificação do SLICC (*Systemic Lupus International Collaborating Clinics*) para lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESJ)¹⁰

Critérios clínicos

1. Lúpus cutâneo agudo

Inclui um dos seguintes: eritema malar, lúpus bolhoso, necrólise epidérmica tóxica, eritema maculopapular, fotossensibilidade (na ausência de dermatomiosite), lúpus cutâneo subagudo (lesões psoriasiformes não endurecidas ou lesões anulares policíclicas que resolvem sem deixar cicatriz, apesar de ocasionalmente ocorrer despigmentação pós-inflamatória ou telangiectasias).

2. Lúpus cutâneo crônico

Inclui um dos seguintes: lúpus discoide clássico (localizado – acima do pescoço, generalizado – acima e abaixo do pescoço), lúpus hipertrófico (verrucoso), paniculite lúpica (lúpus profundo), lúpus mucoso, lúpus túmido, lúpus pério, lúpus discoide/superposição com líquen plano.

3. Úlceras orais

Localizadas no palato, boca, língua ou narinas na ausência de outras causas como vasculite, doença de Behçet, infecções (como herpes), doença inflamatória intestinal, artrite reativa e alimentos ácidos.

4. Alopecia

Afilamento difuso ou fragilidade capilar com cabelos quebradiços visíveis na ausência de outras causas como alopecia areata, drogas, deficiência de ferro e alopecia androgênica

5. Artrite

Envolvendo de duas ou mais articulações. Edema ou derrame articular ou artralgia em duas ou mais articulações e rigidez matinal de 30 minutos ou mais.

6. Serosite

Dor pleurítica por mais de um dia ou derrame pleural ou atrito pleural, dor pericárdica típica (dor em posição deitada que melhora ao se sentar com o tronco para frente) por mais de um dia ou efusão pericárdica ou atrito pericárdico ou eletrocardiograma com sinais de pericardite. Na ausência de outras causas, como infecções uremia ou pericardite de Dressler.

7. Renal

Relação entre proteína e creatinina urinárias (ou proteinúria de 24 horas) com mais de 500 mg de proteína em 24 horas ou presença de cilindros hemáticos.

8. Neuropsiquiátrico

Inclui um dos seguintes: convulsão, psicose, mielite, mononeurite múltipla (na ausência de outras causas como vasculite primária), neuropatia periférica ou de nervos cranianos (na ausência de outras causas como vasculite primária, infecção e diabetes mellitus), estado confusional agudo (na ausência de outras causas como tóxico-metabólicas, uremia e drogas).

9. Anemia hemolítica

10. Leucopenia $<4000/\text{mm}^3$ ou linfopenia $<1000/\text{mm}^3$

Leucopenia (na ausência de outra causa conhecida como síndrome de Felty, drogas ou hipertensão) ou **Linfopenia** (na ausência de outra causa conhecida como glicocorticoides, drogas e infecções)

11. Trombocitopenia $<100.000/\text{mm}^3$

Na ausência de outra causa conhecida como drogas, hipertensão portal e púrpura trombocitopênica trombótica

Para o diagnóstico de LESJ é necessária a presença de 4 ou mais dos 17 critérios, simultaneamente ou evolutivamente, durante qualquer intervalo de tempo (Tabelas 2 e 3). Entretanto, para este critério é necessária a presença de pelo menos um critério clínico (Tabela 3).

Tabela 3. Critérios imunológicos de classificação do SLICC (*Systemic Lupus International Collaborating Clinics*) para diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico juvenil (LESJ)¹⁰

Critérios imunológicos

1. **Fator anti-nuclear (FAN)**
Acima dos valores de referência
2. **Anticorpo anti-DNA dupla hélice**
Acima dos valores de referência, exceto a técnica de ensaio imunoenzimático (ELISA) acima de duas vezes o valor de referência
3. **Anticorpo anti-Sm**
4. **Anticorpo anti-fosfolípide – qualquer um dos seguintes auto-anticorpos:**
 - Anticoagulante lúpico
 - VDRL falso positivo
 - Anti-cardiolipina em médios ou altos títulos (IgA, IgG ou IgM)
 - Anti-β2 glicoproteína I (IgA, IgG ou IgM)
5. **Redução dos valores do complemento**
 - C3 baixo
 - C4 baixo
 - CH50 baixo
6. **Teste de Coombs direto positivo**
 - Na ausência de anemia hemolítica

Para o diagnóstico de LESJ é necessária a presença de 4 ou mais dos 17 critérios, simultaneamente ou evolutivamente, durante qualquer intervalo de tempo (Tabelas 2 e 3). Entretanto, para este critério é necessária a presença de pelo menos um critério imunológico (Tabela 3).

O critério de classificação do SLICC comparado ao do ACR é válido para a população brasileira, sendo mais sensível para o diagnóstico de LESJ¹¹. Portanto, deve-se considerar o diagnóstico diferencial com outras doenças agudas e crônicas pediátricas, quando se utilizar o critério de classificação do SLICC para LESJ^{2,3}.

O acometimento cutâneo ocorre em 85% dos pacientes com LESJ, sendo em 25% dos pacientes, o primeiro sintoma^{1,7,12}. A classificação atual para manifestações cutâneas relacionadas ao LESJ inclui lesões específicas de lúpus eritematoso, que se referem ao lúpus eritematoso cutâneo e lesões não específicas, associadas com LESJ em atividade. As específicas do LESJ são subdivididas em três categorias: lúpus cutâneo agudo, lúpus cutâneo subagudo e lúpus eritematoso cutâneo^{1,5-8,12}.

e edema, desencadeado por exposição solar. A lesão distribui-se em asa de borboleta na região malar, poupando as pregas nasolabiais (Figura 1). Ocasionalmente, o *rash* é papular, tem caráter transitório, não cicatricial e pode ser confundido com dermatite seborreica e rosácea¹³.

Figura 1. Lesão em asa de borboleta - placas eritemato-descamativas acometendo dorso nasal, região malar bilateral e tronco superior, nas regiões expostas à luz. (Imagem autorizada por Marinoni et al. *Atlas Dermatologia Pediátrica de A a Z*, 2018)



Manifestações cutâneas específicas de LESJ

Lúpus cutâneo agudo: **eritema malar** é o sinal cutâneo mais frequente e está presente em 60% dos pacientes, caracterizado por eritema

Alguns pacientes apresentam pápulas e placas edematosas eritemato-violáceas associadas, na região do pescoço, tronco superior (Figura 1) e áreas expostas à luz dos membros (Figura 2).

Figura 2. Lúpus cutâneo agudo: pápulas e placas edematosas eritemato-violáceas em áreas expostas à luz dos membros.



A necrólise epidérmica tóxica-like é uma variante rara, caracterizada por erupção anular em área exposta à luz que progride rapidamente para necrose epidérmica total, com descamação e acometimento das mucosas. O diagnóstico diferencial inclui a síndrome de *Steven-Johnson* induzida por drogas e o lúpus bolhoso¹².

Lúpus cutâneo subagudo no LESJ: erupções não cicatriciais em áreas expostas à luz, com duas variantes bem características, lesões pápulo-escamosas anulares (Figura 3) e lesões psoríase-formes com descamação fina esbranquiçada (Figura 4). O diagnóstico diferencial deve ser feito com lúpus induzido por drogas e lúpus cutâneo subagudo idiopático¹², psoríase e tinea corporis¹³.

Figura 3. Lúpus cutâneo subagudo: lesões pápulo-escamosas anulares no membro superior.



Figura 4. Lúpus cutâneo subagudo: pápulas e placas eritemato-descamativas e manchas hiperocrômicas em áreas expostas à luz dos membros inferiores.



Lúpus cutâneo crônico no LESJ abrange os subtipos: lúpus discoide eritematoso (LDE), paniculite lúpica (lúpus profundo), lúpus pérmio e lúpus tímido^{10,12}.

O LDE é caracterizado por placas descamativas violáceas em áreas expostas à luz, que resolvem deixando despigmentação e cicatriz. Uma variedade de manifestações cutâneas tem sido incluída neste grupo: LDE verrucoso, LDE em mucosa e LDE liquenoide¹².

A **paniculite lúpica** se apresenta com placas e nódulos subcutâneos profundos, macios, distribuindo-se preferencialmente nos ombros, lateral superior dos braços, nádegas, face, couro cabeludo e tronco. Na criança, o envolvimento da face é frequente, simulando o quadro da morfeia.

O **lúpus pérmio** é caracterizado por pápulas e nódulos dolorosos, azulados a violáceos nos dedos das mãos, dedos dos pés, calcanhares, e também nariz, orelhas e região malar, desencadeados pela exposição ao frio e umidade. Na faixa etária pediátrica, este pode ser o primeiro sinal clínico do lúpus pérmio familiar. O diagnóstico diferencial deve ser feito com a perniose idiopática e lúpus pérmio esporádico¹².

No **lúpus tímido** (lúpus tímido eritematoso) as lesões são pápulas e placas de coloração

rósea a violácea, endurecidas, fotodistribuídas, com evolução crônica. Não há relatos de lúpus túmido eritematoso em crianças¹².

A histopatologia das lesões específicas mostra dermatite de interface, com alterações vacuolares e espessamento ao longo da membrana basal, depósito de mucina na derme, infiltrado de neutrófilos e linfócitos perivascular e perianexial, além de edema e vasodilatação da derme¹².

Manifestações Cutâneas não Específicas de LESJ¹²

- Vasculites: urticária, vasculite, púrpura palpável.
- Vasculopatias: "atrofie blanche" (atrofia branca), telangiectasias periungueais, livedo reticular, tromboflebite, fenômeno de Raynaud, eritromelalgia.
- Ulcerações orais (Figura 5), nasais e palatais.
- Alopecia não cicatricial: lúpus *hairs*, eflúvio telógeno, lesões alopecia areata-like (Figura 6).
- Eritema e telangiectasias de palmas e plantas (Figura 7).
- Outras: esclerodactilia, nódulos reumatoides, calcinose cútis, lúpus bolhoso, mucinose papulonodular, cútis laxa/anetodermia.

Figura 5. Mucosa jugal avermelhada, edemaciada e ulcerada, associada a eritema malar.



Figura 6. Placa discoide de alopecia cicatricial atrófica no couro cabeludo de paciente com Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil.



Figura 7. Manchas e máculas eritematosas a pupúricas e telangiectasias plantares no Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil.



Os achados histopatológicos nas lesões não específicas incluem mucina e dermatite de interface¹².

O **LE bolhoso** é raro, observado no contexto de LE agudo. Consiste em doença bolhosa autoimune adquirida, causada por autoanticorpos contra o colágeno VII e outros constituintes da membrana basal da epiderme. Clinicamente, podem ser observadas vesículas e bolhas tensas, erosões e crostas, localizadas nas áreas fotoexpostas (Figura 8), embora as mucosas também possam ser afetadas¹⁴. Os diagnósticos diferenciais do LE bolhoso incluem doenças cutâneas bolhosas autoimunes (como dermatite herpetiforme de Dühring, epidermólise bolhosa adquirida, penfigoide bolhoso, dermatose por IgA

linear ou pênfigo vulgar/foliáceo), além de porfiria cutânea e erupções cutâneas bolhosas induzidas por drogas¹⁵.

Figura 8. Lúpus eritematoso bolhoso: bolhas tensas, localizadas em áreas expostas à luz dos membros inferiores.



Lúpus Eritematoso Cutâneo Localizado (LECL)

Lúpus eritematoso cutâneo localizado inclui habitualmente lesões cutâneas isoladas com presença de autoanticorpos, mas sem preencher quatro ou mais dos critérios de classificação diagnóstica para LESJ.

Habitualmente os pacientes com LECL apresentam lesões crônicas isoladas, particularmen-

te de lúpus discoide e paniculite lúpica (lúpus profundo). Estes pacientes devem ser rigorosamente seguidos pelo risco de desenvolver LESJ durante a evolução^{1,6,7}.

As lesões do lúpus discoide são desencadeadas por exposição solar e na fase aguda são caracterizadas por placas anulares e descamativas (Figura 9), podendo evoluir com alterações pigmentares e atrofia.

Figura 9. Lúpus discoide: placas descamativas eritemato violáceas localizadas na face.



No quadro 1 foram resumidas as características clínicas e histológicas das manifestações cutâneas das diferentes formas de Lúpus.

Quadro 1. Características clínico-histológicas das alterações específicas comuns no LE cutâneo (adaptado de Petty AJ, 2020 e Pedrosa A, 2014)^{14,16}

Subtipos de LEC	Características clínicas	Histologia
LEC AGUDO	- <i>Rash</i> malar em "asa de borboleta", poupa pregas nasogenianas; - <i>Rash</i> maculopapular ou morbiliforme em áreas fotoexpostas; - Lesões eritema multiforme-like; - Ulcerações nas mucosas; - Queda de cabelo difusa;	- Degeneração liquefativa da camada basal; - Edema na derme superficial; - Infiltrado linfocítico perivascular e de interface; - Acantose focal; - Dermatite de interface; - Depósitos de mucina na derme.

continua...

... continuação

Subtipos de LEC	Características clínicas	Histologia
LEC SUBAGUDO	- Placas anulares, arciformes ou policíclicas (variante anular) ou placas eritematodescamativas (variante papular escamosa), assintomáticas, em áreas fotoexpostas (predileção pelo dorso superior e ombros); - Não endurecido e muitas vezes cura sem cicatrizes;	- Degeneração hidrópica da camada basal; - Hiperqueratose; - Dermatite de interface com esparso infiltrado inflamatório superficial, por vezes em banda; - Disceratose com corpos citoides suprabasais na epiderme; - Exocitose de linfócitos com satelitose; - Depósitos mucinosos dérmicos.
CRÔNICO		
LEC DISCOIDE	- Placas eritematosas infiltradas anulares com escama aderente sinal "carpet tack"; - Alopecia cicatricial; - Atrofia central e discromia periférica; - Exacerbada por trauma e exposição à luz; - Localização na cabeça e pescoço.	- Hiperqueratose folicular; - Infiltrado inflamatório dérmico perivascular e perianexial; - Degeneração vacuolar da camada basal; - Atrofia epidérmica; - Dermatite de interface perifolicular; - Espessamento da basal da epiderme - depósitos de mucina na derme
PANICULITE	- Nódulos subcutâneos dolorosos aderidos à pele suprajacente, produzindo depressões cutâneas características; - Surto frequentes; - Cicatrizes atróficas.	- Infiltrado inflamatório denso na derme profunda; - Predominantemente lobular com participação de linfócitos, histiócitos e plasmócitos - Vasculite linfocítica - Necrose hialina dos adipócitos.

Os diagnósticos diferenciais para lúpus discoide incluem eczema numular, *tinea faciei*, *lúpus vulgaris* (tuberculose), sarcoidose, psoríase e líquen plano hipertrófico¹⁵. A lipoatrofia secundária à injeção de glicocorticosteroide e o trauma por pressão crônica podem simular as indentações de pele, características do estágio crônico da paniculite lúpica¹⁵.

é raro em crianças, com poucos relatos publicados. Vários medicamentos têm sido associados com LCID, particularmente diuréticos tiazídicos, hidralazina, inibidores da bomba de prótons e terbinafina. Nas crianças, já foi descrito por carbamazepina e hidroxiureia. O LCID está associado a anticorpos antinucleares positivos, principalmente anticorpos anti-histona, assim como anticorpos anti-Ro/SS-A e anti-La/SS-B¹⁷⁻¹⁹. Não existem critérios diagnósticos específicos para LCID. Qualquer sintoma no espectro das manifestações cutâneas e/ou sistêmicas de LE podem estar presentes no LCID¹⁸. A manifestação dermatológica mais frequente é de placas anulares eritemato-descamativas distribuídas nas áreas fotoexpostas²⁰.

Lúpus Cutâneo Induzido por Drogas (LCID)

O LCID é uma manifestação que pode ser isolada ou associada ao envolvimento sistêmico,

Lúpus Eritematoso Neonatal (LEN)

LEN é uma doença autoimune adquirida rara que ocorre no período fetal e neonatal. É causada pela passagem transplacentária de autoanticorpos patogênicos maternos do isótipo IgG, principalmente anti-Ro/SSA e anti-La/SSB. Cerca de 50% das mães de crianças com LEN são saudáveis, e o restante tem alguma doença autoimune, como lúpus eritematoso sistêmico (LES), síndrome de Sjögren e doença mista do tecido conjuntivo^{21,22}. Portanto, não necessariamente a mãe teria doença autoimune, mas seria portadora de anticorpos patogênicos.

A apresentação clínica é variável, tanto em relação aos órgãos envolvidos quanto à intensidade de acometimento. O comprometimento cardíaco pode ser o responsável por lesões permanentes e, até mesmo, ser fatal. Este acometimento se apresenta em diferentes intensidades, variando de quadros mais leves como o bloqueio cardíaco congênito de 1º ou 2º grau, com aumento do intervalo PR no eletrocardiograma, até formas mais graves, como os defeitos de condução com bloqueio atrioventricular congênito (BAV) total, que se manifesta com insuficiência cardíaca, hidropsia fetal, parto prematuro ou morte intrauterina. Pode haver também doença cardíaca extranodal, como fibroelastose endocárdica, disfunção valvular e cardiomiopatia dilatada. As manifestações hematológicas mais frequentes são anemia, leucopenia, neutropenia e plaquetopenia, sendo raramente graves. As alterações hepatobiliares se manifestam com a presença de icterícia, hepatomegalia, alteração da função hepática e sintomas de colestase. Alterações neurológicas e pulmonares são raras²³⁻²⁶.

As **manifestações cutâneas** estão presentes em 40% a 50% dos pacientes com LEN^{13,27}, surgem com maior frequência entre o 2º e o 3º mês de vida e mais raramente estão presentes ao nascimento^{13,22,28}.

As lesões são eritematosas, levemente descamativas, anulares ou policíclicas. Podem acometer qualquer região do corpo, mas distribuem-se,

principalmente, nas áreas expostas à luz, como a face (Figura 10 e 11)²⁸. Nos pacientes, cujas lesões já estão presentes ao nascimento, pode haver sinais de atrofia cutânea e telangiectasias. Além da exposição solar, as lesões também podem ser desencadeadas pela exposição à fototerapia, e neste caso, acometem também as áreas não expostas à luz solar.

Figura 10. Placas eritematosas, anulares e policíclicas, com discreta hipopigmentação central. Autorizado por Frey *et al*²⁸.

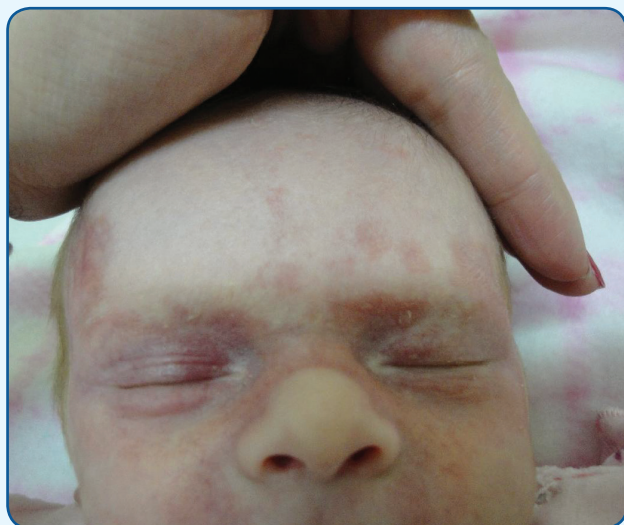


Figura 11. Placas eritematosas, anulares, levemente descamativas na face. A imagem mostra o rosto de um bebê com várias lesões cutâneas características de LEN, incluindo placas eritematosas, anulares, levemente descamativas na face. O rosto do bebê está parcialmente coberto por uma faixa preta para proteção da identidade.



Uma característica típica é o comprometimento da região periorbital (Figura 12)^{27,29}.

Figura 12. Manchas eritemato-descamativas em região periorbitária ("olhos de coruja ou guaxinim"), com áreas de atrofia e telangiectasias. Autorizado por Frey et al.²⁸.



Os achados histopatológicos são esclarecedores e semelhantes ao lúpus cutâneo subagudo do adulto. Porém, a biópsia não é essencial para o diagnóstico, devendo ser realizada apenas em casos duvidosos. É possível encontrar dermatite de interface, infiltrado linfocítico perivascular, moderada hiperqueratose e plugging folicular. A imunofluorescência direta mostra depósito granular de IgM e C3 na união dermoepidérmica^{27,28}.

Deve ser feita a pesquisa de autoanticorpos no sangue materno e da criança, sendo mais frequentemente encontrado o anti-Ro/SSA e, de forma menos frequente, o anti-La/SSB e o anti-U1RNP. Também devem ser solicitados hemograma completo, testes de avaliação da função hepática e exames para avaliação do aparelho cardiovascular, como o eletrocardiograma e o ecocardiograma^{22,23}. O diagnóstico de LEN é baseado nos achados clínicos compatíveis associados à presença de autoanticorpos no soro da mãe e da criança.

O diagnóstico diferencial inclui dermatite seborreica, sífilis congênita, tinea corporis, urticária³⁰ e eritema anular da infância²⁹. Infecções perinatais (citomegalovírus, *Streptococcus* grupo B) e eritema multiforme também devem ser considerados²⁸.

As lesões são transitórias e resolvem de forma espontânea em 6 a 12 meses, simultaneamente com a eliminação dos anticorpos maternos²⁹, sem necessidade de tratamento^{21,24,31}. É recomendado, entretanto, evitar a exposição ao sol e utilizar medidas de fotoproteção, incluindo o uso de filtro solar^{27,28}.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Lourenco DM, Gomes RC, Aikawa NE, Campos LM, Romiti R, Silva CA. Childhood-onset bullous systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2014;23(13):1422-5.
02. Silva CA. Childhood-onset systemic lupus erythematosus: early disease manifestations that the paediatrician must know. *Exp Rev Clin Immunol*. 2016;12(9):907-10.
03. Silva CA, Aikawa NE, Pereira RM, Campos LM. Management considerations for childhood-onset systemic lupus erythematosus patients and implications on therapy. *Exp Rev Clin Immunol*. 2016;12(3):301-13.
04. Silva CA, Avcin T, Brunner HI. Taxonomy for systemic lupus erythematosus with onset before adulthood. *Arth Care Res*. 2012;64(12):1787-93.
05. Ferriani MP, Silva MF, Pereira RM, Terreri MT, Saad Magalhaes C, Bonfa E, et al. Chronic Spontaneous Urticaria: A Survey of 852 Cases of Childhood-Onset Systemic Lupus Erythematosus. *Int Arch Allergy Immunol*. 2015;167(3):186-92.
06. Gomes RC, Silva MF, Kozu K, Bonfa E, Pereira RM, Terreri MT, et al. Features of 847 Childhood-Onset Systemic Lupus Erythematosus Patients in Three Age Groups at Diagnosis: A Brazilian Multicenter Study. *Arth Care Res*. 2016;68(11):1736-41.

07. Guissa VR, Trudes G, Jesus AA, Aikawa NE, Romiti R, Silva CA. Lupus erythematosus panniculitis in children and adolescents. *Acta Reumatol Port.* 2012;37(1):82-5.
08. Miguel DF, Terreri MT, Pereira RMR, Bonfa E, Silva CAA, Corrente JE, et al. Comparison of urinary parameters, biomarkers, and outcome of childhood systemic lupus erythematosus early onset-lupus nephritis. *Adv Rheumatol (London, England).* 2020;60(1):10.
09. Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arth Rheumat.* 1997;40(9):1725.
10. Petri M, Orbai AM, Alarcon GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, et al. Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arth Rheumat.* 2012;64(8):2677-86.
11. Fonseca AR, Gaspar-Elsas MI, Land MG, de Oliveira SK. Comparison between three systems of classification criteria in juvenile systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford, England).* 2015;54(2):241-7.
12. Arkin LM, Nguyen C, Klein-Gitelman M. Cutaneous manifestations of pediatric lupus. *Cur Opin Rheumatol.* 2019;31(5):411-20.
13. Paller AS, Mancini AJ. *Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology: A Textbook of Skin Disorders of Childhood and Adolescence.* 5th ed: Elsevier Health Sciences; 2015.
14. Pedrosa A, Lopes JM, Azevedo F. Lúpus eritematoso cutâneo - correlação clínico-patológica de manifestações cutâneas específicas. *Revista SPDV* 2014;72(4).
15. Obermoser G, Sontheimer RD, Zelger B. Overview of common, rare and atypical manifestations of cutaneous lupus erythematosus and histopathological correlates. *Lupus.* 2010;19(9):1050-70.
16. Petty AJ, Floyd L, Henderson C, Nicholas MW. Cutaneous Lupus Erythematosus: Progress and Challenges. *Cur Allergy Asthma Rep.* 2020;20(5):12.
17. Borucki R, Werth VP. Cutaneous lupus erythematosus induced by drugs - novel insights. *Exp Rev Clin Pharmacol.* 2020;13(1):35-42.
18. Molina-Ruiz AM, Lasanta B, Barcia A, Perez-Vega E, Requena L. Drug-induced systemic lupus erythematosus in a child after 3 years of treatment with carbamazepine. *Austr J Dermatol.* 2017;58(1):e20-e2.
19. Yanes DA, Mosser-Goldfarb JL. A Cutaneous Lupus Erythematosus-Like Eruption Induced by Hydroxyurea. *Pediatr Dermatol.* 2017;34(1):e30-e1.
20. Chang C, Gershwin ME. Drug-induced lupus erythematosus: incidence, management and prevention. *Drug safety.* 2011;34(5):357-74.
21. Chen TH, Tseng YH, Wu YZ. Neonatal lupus. *QJM : monthly journal of the Association of Physicians.* 2020.
22. Zuppa AA, Riccardi R, Frezza S, Gallini F, Luciano RM, Alighieri G, et al. Neonatal lupus: Follow-up in infants with anti-SSA/Ro antibodies and review of the literature. *Autoimmun Rev.* 2017;16(4):427-32.
23. Chao MM, Luchtman-Jones L, Silverman RA. Hematological complications of neonatal lupus: case report and review of the literature. *J Pediatr Hematol Oncol.* 2013;35(8):e344-6.
24. Limaye MA, Buyon JP, Cuneo BF, Mehta-Lee SS. A review of fetal and neonatal consequences of maternal systemic lupus erythematosus. *Prenatal diagnosis.* 2020.
25. Saxena A, Izmirly PM, Bomar RP, Golpanian RS, Friedman DM, Eisenberg R, et al. Factors associated with long-term cardiac dysfunction in neonatal lupus. *Ann Rheumat Dis.* 2020;79(2):217-24.
26. Silva CA, Hilario MO, Febronio MV, Oliveira SK, Almeida RG, Fonseca AR, et al. Pregnancy outcome in juvenile systemic lupus erythematosus: a Brazilian multicenter cohort study. *J Rheumatol.* 2008;35(7):1414-8.
27. Vanoni F, Lava SAG, Fossali EF, Cavalli R, Simonetti GD, Bianchetti MG, et al. Neonatal Systemic Lupus Erythematosus Syndrome: a Comprehensive Review. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2017;53(3):469-76.
28. Frey MN, Ioppi AE, Garbin GC, Furian RD, Bau AE. Congenital and neonatal lupus erythematosus: two case reports. *Na Bras Dermatol.* 2012;87(4):625-8.
29. Kaminsky A. Erythema figuratum. *Act Derm Sifil.* 2009;100 Suppl 2:88-109.
30. Liu W, Ma DL. Neonatal lupus erythematosus. *CMAJ : Can Med Assoc J.* 2020;192(7):E163.
31. Levy R, Briggs L, Silverman E, Pope E, Lara-Corrales I. Cutaneous sequelae in neonatal lupus: A retrospective cohort study. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(2):440-6.



Diretoria

Triênio 2019/2021

PRESIDENTE:
Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º SECRETÁRIO:
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2º DIRETORIA FINANCEIRA:
Cláudio Hoeffner (RJ)

3º DIRETORIA FINANCEIRA:
Hans Walter Ferreira Greve (BA)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE:
Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

SUDESTE:
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)
Isabel Rey Madeira (RJ)

SUL:
Darci Vieira Silva Bonetto (PR)
Helena Maria Correa de Souza Vieira (SC)

CENTRO-OESTE:
Regina Maria Santos Marques (GO)
Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:
Gilberto Pascolat (PR)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Valmir Ramos da Silva (ES)

SUPLENTE:
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Tânia Denise Resener (RS)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Marisa Lopes Miranda (SP)
Joaquim João Caetano Menezes (SP)

CONSELHO FISCAL

TITULARES:
Núbia Mendonça (SE)
Nelson Grisard (SC)
Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

SUPLENTE:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
João de Melo Régis Filho (PE)
Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

MEMBROS:
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Alexandre Lopes Miralha (AM)
Virginia Weffort (MG)
Thémis Reverbel da Silveira (RS)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Mauro Batista de Moraes (SP)
Kerstin Taniguchi Abagge (PR)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

COORDENAÇÃO:
Hélio Villça Simões (RJ)

MEMBROS:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)
Flavia Nardes dos Santos (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valetre (RJ)
Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Sílvia Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SÉRIADA

COORDENAÇÃO:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

MEMBROS:
Henrique Mochida Takase (SP)
João Carlos Batista Santana (RS)
Luciana Cordeiro Souza (PE)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)
Mara Morelo Rocha Felix (RJ)
Marilucia Rocha de Almeida Picanço (DF)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA
Ricardo do Rego Barros (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL

COORDENAÇÃO:
Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

MEMBROS:
Gilberto Pascolat (PR)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Brito Filho (PB)
João Cândido de Souza Borges (CE)
Aneisia Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Joicleide Sales Campos (CE)
Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)
Gloria Tereza Lima Barreto Lopes (SE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

COORDENAÇÃO:
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cláudia Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL
Anibal Augusto Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA
Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)
Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA
Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virginia Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Normeide Pedreira dos Santos (BA)
Marcia de Freitas (SP)

PORTAL SBP
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)
Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES
Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA
Joel Alves Lamounier (MG)
Altacilio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Ribeiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:
Renato Prociányo (RS)

MEMBROS:
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)
Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

EDITORES CIENTÍFICOS:
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)
Maria de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Marcia C. Bellotti de Oliveira (RJ)

CONSULTORIA EDITORIAL:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Fábio Ancona Lopez (SP)

Dirceu Solé (SP)
Joel Alves Lamounier (MG)

EDITORES ASSOCIADOS:
Danilo Blank (RS)
Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)
Renata Dejtiar Waksman (SP)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira (SP)
Tullio Konstantyner (SP)
Cláudia Bezerra de Almeida (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA
Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:
Rosana Fiorini Puccini (SP)

MEMBROS:
Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)
Sílvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

MEMBROS:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Délia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantéa (RS)
Susana Maciel Guillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Hécio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES
Adelma Figueiredo (RR)
André Luis Santos Carmo (PR)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)

GRUPOS DE TRABALHO

DROGAS E VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA

COORDENAÇÃO:
João Paulo Becker Lotufo (SP)

MEMBROS:
Evelyn Eisenstein (RJ)
Alberto Araújo (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
Nivaldo Sereno de Noronha Júnior (RN)
Suzana Maria Ramos Costa (PE)
Iolanda Novadski (PR)
Beatriz Bagatin Bermudez (PR)
Darci Vieira Silva Bonetto (PR)
Carlos Eduardo Reis da Silva (MG)
Paulo César Pinho Ribeiro (MG)
Milane Cristina De Araújo Miranda (MA)
Ana Marcia Guimarães Alves (GO)
Camila dos Santos Salomão (AP)

DOENÇAS RARAS

COORDENAÇÃO:
Salmô Raskin (PR)

MEMBROS:
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)
Ana Maria Martins (SP)
Claudio Cordovil (RJ)
Lavinia Schuler Faccini (RS)

ATIVIDADE FÍSICA

COORDENAÇÃO:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

MEMBROS:
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Patrícia Guedes de Souza (BA)
Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)
Alex Pinheiro Gordia (BA)
Isabel Guimarães (BA)
Jorge Mota (Portugal)
Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)
Dirceu Solé (SP)

METODOLOGIA CIENTÍFICA

COORDENAÇÃO:
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

MEMBROS:
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Cláudio Leone (SP)

PEDIATRIA E HUMANIDADE

COORDENAÇÃO:
Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
João de Melo Régis Filho (PE)
Dilza Teresinha Ambros Ribeiro (AC)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)

CRIANÇA, ADOLESCENTE E NATUREZA

COORDENAÇÃO:
Lais Fleury (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Daniel Becker (RJ)
Ricardo do Rego Barros (RJ)

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA:

COORDENAÇÃO:
Fábio Eizenbaum (SP)

MEMBROS:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Galton Carvalho Vasconcelos (MG)
Julia Dutra Rossetto (RJ)
Luisa Moreira Hopker (PR)
Rosa Maria Graziano (SP)
Celia Regina Nakanami (SP)

SAÚDE MENTAL

COORDENAÇÃO:
Roberto Santoro P. de Carvalho Almeida (RJ)

MEMBROS:
Daniele Wanderley (BA)
Vera Lucia Afonso Ferrari (SP)
Rossano Cabral Lima (RJ)
Gabriela Judith Grenzel (RJ)
Cecy Dunshee de Abranches (RJ)
Adriana Rocha Brito (RJ)

MUSEU DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:
Mario Santoro Junior (SP)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

REDE DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Rubem Couto (MT)

MEMBROS:

SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRIA:
Ana Isabel Coelho Montero

SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA:
Ana Carolina de Carvalho Ruela Pires

SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA:
Elena Marta Amaral dos Santos

SOCIEDADE AMAPEENSE DE PEDIATRIA:
Rosenilda Rosette de Barros

SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA:
Dolores Fernandez Fernandez

SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA:
Anamaria Cavalcante e Silva

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL:
Dennis Alexander Rabelo Burns

SOCIEDADE ESPÍRITO-SANTENSE DE PEDIATRIA:
Roberta Paranhos Fragoso

SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA:
Marise Helena Cardoso Tófoli

SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO:
Maryneia Silva do Vale

SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA:
Marisa Lages Ribeiro

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO MATO GROSSO DO SUL:
Carmen Lucia de Almeida Santos

SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA:
Mohamed Kassen Omais

SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA:
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza

SOCIEDADE PARAIBANA DE PEDIATRIA:
Leonardo Cabral Cavalcante

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO:
Katia Galvão Brandt

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ:
Aneisia Coelho de Andrade

SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA:
Kerstin Taniguchi Abagge

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO:
Katia Telles Nogueira

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO NORTE:
Katia Correia Lima

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA:
José Roberto Vasques de Miranda

SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA:
Adelma Alves de Figueiredo

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL:
Sérgio Luis Amantéa

SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA:
Rosamaria Medeiros e Silva

SOCIEDADE SERGIPANA DE PEDIATRIA:
Ana Jovina Barreto Bispo

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO:
Sulim Abramovich

SOCIEDADE TOCANTINENSE DE PEDIATRIA:
Elaine Carneiro Lobo

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

COORDENAÇÃO:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)
Cláudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Sérgio Antônio Bastos Sarubbo (SP)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

PRESIDENTE:
Mario Santoro Júnior (SP)

VICE-PRESIDENTE:
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Jefferson Pedro Piva (RS)