

Trabalhos Científicos

Título: Manejo Clínico Da Síndrome Inflamatória Multissistêmica Em Pacientes Pediátricos Pós-Infecção Por Sars-Cov-2

Autores: MYRELLA EVELYN NUNES TURBANO (AFYA PARNAÍBA), YURI SAMUEL NUNES TURBANO (UNIVERSIDADE BRASIL), MYLLA CHRISTIE NUNES TURBANO (UNINTER), MÔNICA OLIVEIRA BATISTA BARROS (AFYA PARNAÍBA)

Resumo: Introdução: A síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P/MIS-C) desponta como condição hiperinflamatória pós-infecciosa associada ao SARS-CoV-2, com acometimento frequente cardiovascular, gastrointestinal e mucocutâneo. Diante da variabilidade clínica e do risco de disfunção orgânica, torna-se essencial sintetizar evidências atualizadas sobre condutas que reduzam morbimortalidade e se adaptem ao contexto de serviços pediátricos.
Objetivos: Reunir e analisar criticamente as evidências dos últimos cinco anos sobre o manejo clínico da MIS-C em crianças e adolescentes, destacando estratégias terapêuticas, desfechos e lacunas de conhecimento.
Metodologia: Revisão integrativa nas bases PubMed/MEDLINE, Scopus, SciELO e LILACS (jan/2020–ago/2025). Descritores/MeSH e termos livres combinaram: “multisystem inflammatory syndrome in children” OR “MIS-C” OR “pediatric inflammatory multisystem syndrome” AND “management” OR “treatment” AND “child” OR “adolescent”. Inclusão: diretrizes, ensaios clínicos, coortes e revisões sistemáticas com desfechos clínicos, idiomas português/inglês/espanhol. Exclusão: relatos de caso/séries muito pequenas sem análise de desfechos.
Resultados: As estratégias convergem para imunomodulação precoce, com imunoglobulina intravenosa (IVIG) associada a corticosteroide sistêmico como primeira linha, relação que se mostrou ligada à menor necessidade de vasoativos, redução do tempo de UTI e menos falha terapêutica em comparação à monoterapia. Em refratários, recomenda-se terapia escalonada com anakinra (antagonista de IL-1) ou, em cenários selecionados, infliximabe, casos graves podem demandar pulsoterapia. A profilaxia/terapia antitrombótica inclui AAS em baixa dose e anticoagulação conforme risco trombotico (p. ex., D-dímero elevado, disfunção ventricular, aneurisma coronário). O suporte intensivo segue princípios de estabilização hemodinâmica, ventilação quando indicada e manejo de choque. Recomenda-se avaliação cardiológica seriada (ECG, troponina/BNP e ecocardiograma na admissão e no seguimento) para monitorar disfunção ventricular e coronárias. Em coortes recentes, observou-se mortalidade baixa e recuperação ventricular em semanas na maioria, embora alterações coronarianas persistam em uma minoria, exigindo seguimento estruturado e retorno gradual à atividade física após liberação cardiológica.
Conclusão: Um protocolo baseado em imunomodulação combinada e abordagem antitrombótica guiada por risco, implementado precocemente, associa-se a melhores desfechos em MIS-C. Persistem lacunas quanto a dose/duração ideais de esteroides e IVIG, critérios uniformes para anticoagulação e biomarcadores prognósticos. São prioritários registros multicêntricos e padronização de protocolos adaptados à realidade local.