

DOI: <http://dx.doi.org/10.31365/issn.2595-1769.2026.0264>**Icterícia neonatal: o mesmo tema, em um novo tempo e cenário sempre desafiador***Neonatal jaundice: the same topic, in a new era and an ever-challenging setting**Icterícia neonatal: el mismo tema, en una nueva época y en un escenario cada vez más complejo*Glaucia Macedo de Lima^{1,2}¹ Universidade Federal Fluminense, Niterói-RJ; Centro Universitário Souza Marques, Rio de Janeiro-RJ, Brasil. **ORCID:** <https://orcid.org/0009-0002-7339-5720>**Autor correspondente:**

Glaucia Macedo de Lima

E-mail: glauciamacedo@id.uff.br

A icterícia neonatal é a principal causa de readmissão hospitalar do recém-nascido (RN) após a alta da maternidade, mantendo em alerta pediatras e neonatologistas.¹

Nos primeiros dias de vida, fisiologicamente, a bilirrubina indireta tem função antioxidante, sendo secundária à imaturidade hepática, associada à maior massa eritrocitária e menor meia-vida das hemácias. No entanto, níveis elevados de bilirrubina indireta podem levar a danos sérios e irreversíveis do sistema nervoso central, devido à imaturidade da barreira hematoencefálica, característica do recém-nascido¹.

No início da minha atuação docente-assistencial em Neonatologia, era frequente constatar, em necropsias, a impregnação amarelada da substância cinzenta do encéfalo pela bilirrubina – o *kernicterus*, lesão anatomopatológica dos núcleos da base decorrente da encefalopatia bilirrubínica.¹ Essa constatação motivou minhas pesquisas de mestrado (1993) e doutorado (2010), numa busca contínua por evidências capazes de aprimorar as decisões pediátricas nos primeiros dias de vida.

Ao longo dos anos, mudanças ocorreram no conceito, diagnóstico e tratamento da hiperbilirrubinemia e de suas complicações². Nesse contexto, diretrizes atuais diferenciam duas entidades distintas em relação ao aleitamento materno: a icterícia por ingestão insuficiente de leite (manifestada nos primeiros dias de vida, por baixa oferta, desidratação e perda de peso superior a 7 a 10%) e a icterícia do leite materno (de início mais tardio e curso prolongado).³

Outra evolução ao longo dos anos diz respeito à nomenclatura e ao diagnóstico do *kernicterus*. Atualmente chamado de transtorno do espectro do *kernicterus* (*kernicterus spectrum disorder* – KSD), abrange desde a disfunção neurológica induzida pela bilirrubina (BIND) e a neuropatia auditiva isolada, até a forma clássica com coreoatetose e perda auditiva sensorioneural. O diagnóstico deixou de depender da necrópsia e atualmente combina a ressonância magnética do encéfalo, demonstrando hipersinal no globo pálido e núcleos subtalâmicos, o potencial evocado auditivo de tronco encefálico (PEATE/BERA) e escalas clínicas validadas, como a BIND-M.^{3,4}

A abordagem diagnóstica e a estratificação de risco também foram revistas. A estimativa visual baseada nas zonas de Kramer é imprecisa e falha criticamente em recém-nascidos de pele escura ou de minorias étnicas, o que atrasa o diagnóstico e perpetua disparidades em saúde. Por essa razão, preconiza-se a mensuração quantitativa objetiva por meio da bilirrubinometria transcutânea ou da dosagem sérica de bilirrubina total.^{3,5}

O artigo original, publicado nesta edição por Hespanha e colaboradores, evidencia o uso da avaliação transcutânea da bilirrubina como método de triagem e reforça a baixa sensibilidade da avaliação visual baseada nas zonas de Kramer.⁶

Do ponto de vista terapêutico, o nomograma único de Bhutani foi substituído por curvas dinâmicas de fototerapia e exsanguineotransfusão estratificadas por idade gestacional. Também foram definidos fatores de risco para neurotoxicidade: idade gestacional inferior a 38 semanas, albumina sérica

inferior a 3,0 g/dL, doença hemolítica isoimune, deficiência de G6PD, sepse e instabilidade clínica nas últimas 24 horas. A presença desses fatores desloca a indicação terapêutica para limiares mais baixos.^{3,5}

O conhecimento da fisiopatologia e das causas da hiperbilirrubinemia, a anamnese e o exame físico detalhados continuam sendo fundamentais para o diagnóstico precoce, vigilância e tratamento adequados, constituindo os pilares mais eficazes para proteger os recém-nascidos.

Finalizo este editorial com uma lista de competências imprescindíveis diante de um RN icterício.^{7,8}

1. Análise adequada da etiopatogenia da hiperbilirrubinemia indireta.
2. Dosar a bilirrubina, considerando a baixa acurácia da observação visual para icterícia.
3. Analisar os níveis de bilirrubina em relação ao peso, idade gestacional e horas de vida.
4. Considerar indicadores clínicos de risco, tais como: sucção débil, letargia e perda ponderal.
5. Conduta laboratorial exploratória, acompanhando a icterícia não fisiológica.
6. Conduta no RN a termo ou próximo do termo, com 48 horas de vida, icterício por hiperbilirrubinemia indireta – expectante, fototerapia ou alta?
7. Definição diagnóstica na revisão ambulatorial de um RN icterício à alta.

Agradeço de modo muito especial à editora-chefe da *Revista de Pediatria SOPERJ*, Dra. Fernanda Pinto Mariz, pela oportunidade de renovar a reflexão sobre o manejo de seres tão imaturos e vulneráveis quanto os nossos recém-nascidos.

REFERÊNCIAS

1. Bhutani VK, Johnson LH, Jeffrey Maisels M, Newman TB, Phibbs C, Stark AR, Yeargin-Allsopp M. [Kernicterus: epidemiological strategies for its prevention through systems-based approaches](#). J Perinatol. 2004 Oct;24(10):650-62. doi: 10.1038/sj.jp.7211152. PMID: 15254556 Review.
2. Daggle L, Sharma N, Setiady I, Leonard K. Management of Neonatal Hyperbilirubinemia: Shedding Light on the American Academy of Pediatrics 2022 Clinical Practice Guideline Revision. Pediatr Ann. 2024 Jun;53(6):e208-e216. doi: 10.3928/19382359-20240407-02.
3. Kemper AR, Newman TB, Slaughter JL, Maisels MJ, Watchko JF, Downs SM, et al. Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. Pediatrics. 2022;150(3):e2022058859. doi:10.1542/peds.2022-058859.
4. Le Pichon JB, Riordan SM, Watchko J, Shapiro SM. The Neurological Sequelae of Neonatal Hyperbilirubinemia: Definitions, Diagnosis and Treatment of the Kernicterus Spectrum Disorders (KSDs). Curr Pediatr Rev. 2017;13(3):199-209. PMID: 28814249.
5. Bhutani VK, Johnson L, Sivieri EM. Predischage screening for severe neonatal hyperbilirubinemia to prevent chronic bilirubin encephalopathy. Pediatrics. 1999;103(1):6-14. PMID: 9917432.
6. Hespanha MD, Santos BM, Nieto MLS, Silva RPGVC, Silva FS. Comparação entre avaliação visual de icterícia, bilirrubina transcutânea e bilirrubina sérica total em recém-nascidos a termo saudáveis com necessidade de fototerapia. Rev. Pediatr. SOPERJ. 2026 jul; e20260417. <https://revistadepediatriasoperj.org.br/rps/article/view/108>.
7. Lima GM, Porto MA, da Cunha AL. Medical education content required for kernicterus risk recognition. Iran J Pediatr. 2012 Jun;22(2):163-70. PMID: 23056881; PMCID: PMC3446061. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23056881/>.
8. Lima GM; Porto MASC; Barbosa AP; Cunha, AJLA. Predictive risk factors for moderate to severe hyperbilirubinemia. Einstein, São Paulo; 2017;5:352-357. Disponível em: https://minerva.ufrj.br/F/?func=direct&doc_number=000775317&local_base=UFR01.

Editor Científico:

Fernanda Pinto Mariz

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6981-2352>

Editora: Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro – SOPERJ



E-mail de contato: secretaria@soperj.org.br

Financiamento: Não há.

Disponibilidade de dados da pesquisa:

Os conteúdos subjacentes ao texto da pesquisa estão contidos no artigo.

Conflito de interesses: Não há.