

Bolhas na pele da criança — da infecção à epidermólise bolhosa

Abordagem da criança com bolhas por idade e contexto, das infecções, reações a medicamentos, queimaduras e picadas às doenças autoimunes e à epidermólise bolhosa hereditária

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Diante de bolhas, três perguntas: **idade, estado geral e mucosas**. Bolhas localizadas em criança bem costumam ser **impetigo bolhoso, picada, queimadura, fitofotodermatite ou atrito** e são tratadas em casa (●). O impetigo bolhoso recebe **antibiótico oral — cefalexina 50–100 mg/kg/dia de 6/6 h por 7–10 dias** (SBP; documento Impetigo do site). **Febre com pele dolorosa e sinal de Nikolsky, sem mucosas**, sugere **síndrome da pele escaldada estafilocócica (SSSS)**; **com mucosas e medicamento recente, Stevens-Johnson/necrólise epidérmica tóxica (SSJ/NET)**; **vesículas agrupadas e erosões em saca-bocado sobre eczema, eczema herpético**. Os três são ●: hospital no mesmo dia (oxacilina IV na SSSS; aciclovir IV no eczema herpético). **Todo recém-nascido com bolhas ou vesículas** vai ao hospital (herpes neonatal, SSSS, sífilis congênita, epidermólise bolhosa). Na **epidermólise bolhosa**: sem esparadrapo nem adesivos, curativos não aderentes, bolhas puncionadas com agulha estéril, dor e nutrição tratadas e centro de referência (Diretrizes do MS, 2021). Bolhas tensas recorrentes sem causa pedem **biópsia com imunofluorescência** pelo dermatologista.

1. O que é e como se apresenta

Vesícula tem até 0,5 cm; **bolha**, mais. Bolhas **flácidas** indicam clivagem superficial (impetigo, SSSS); **tensas**, subepidérmica (IgA linear, penfigoide, picadas, EB distrófica). **Sinal de Nikolsky**: a pressão tangencial na pele aparentemente sã descola a epiderme — positivo na SSSS e na SSJ/NET.

CONTEXTO	PENSAR PRIMEIRO EM	PISTAS
Recém-nascido	Herpes neonatal, SSSS, impetigo bolhoso, sífilis congênita, epidermólise bolhosa (EB) , mastocitose bolhosa, incontinência pigmentar	Bolhas por atrito e nos pontos de fixação (EB); vesículas agrupadas, febre ou hipotermia (herpes); bolhas palmoplantares (sífilis)
Lactente/pré-escolar bem	Impetigo bolhoso, picadas, queimadura, atrito, mão-pé-boca	Bolhas flácidas com colarete; surtos pruriginosos em áreas expostas; lesão que não combina com a história
Febre, pele dolorosa, eritema difuso	SSSS , SSJ/NET, choque tóxico	Rágades periorais e mucosas poupadas (SSSS); mucosas e medicamento recente (SSJ/NET)
Dermatite atópica	Eczema herpético , impetigo	Vesículas umbilicadas iguais, erosões em saca-bocado, dor, febre
Bolhas recorrentes, 2–6 anos	Dermatose por IgA linear , EB simples, mastocitose	Bolhas tensas em "colar de pérolas" no períneo e na face

- **Impetigo bolhoso:** toxina esfoliativa do *S. aureus* restrita ao local; bolhas finas e flácidas que deixam erosão com colarete; 90% em menores de 2 anos (SBP 2022).
- **SSSS:** toxina circulante a partir de foco distante (nariz, conjuntiva, coto umbilical); febre, eritema **doloroso** em face e dobras, bolhas grandes, Nikolsky positivo, **rágades periorais**, **mucosas poupadas**; sobretudo < 2 anos; **emergência** (SBP 2022).
- **Herpes simples:** o **eczema herpético** pode ser fatal ou cegar (NICE QS44); o **herpes neonatal** pode ser cutâneo, do SNC ou disseminado. A **varicela bolhosa** sugere superinfecção estafilocócica.
- **SSJ/NET:** medicamento (anticonvulsivantes, sulfas, AINE, alopurinol) ou *Mycoplasma*; pele dolorosa, descolamento e **duas ou mais mucosas**; SSJ < 10%, NET > 30% (documento de Alergia do site).
- **Queimaduras e fitofotodermatite:** padrão em luva, meia ou cigarro sugere **maus-tratos**; a fitofotodermatite (limão, figo + sol) dá bolhas lineares com desenho de respingo ou de mão e depois mancha escura.
- **Dermatose bolhosa por IgA linear:** rara, sobretudo dos 2 aos 6 anos (AEPap 2016); bolhas tensas em anel ("colar de pérolas") no períneo e na face; pode ser induzida por medicamentos, sobretudo vancomicina (revisão 2023). **Penfigoide** e **pênfigo** são ainda mais raros.
- **EB hereditária:** fragilidade genética da pele e das mucosas; tipos **simples**, **juncional**, **distrófica** e **Kindler**; formas graves com feridas crônicas, estenose de esôfago, anemia, desnutrição, sindactilia e carcinoma (Diretrizes do MS).
- **Mastocitose bolhosa:** lactente com bolhas sobre mastocitomas, sinal de Darier, às vezes rubor ou hipotensão — veja **Mastocitose cutânea**, nesta área.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Criança > 1 ano, bem, afebril; bolhas localizadas com causa evidente (impetigo bolhoso limitado, picadas, atrito, fitofotodermatite, queimadura < 5% fora de áreas especiais, herpes localizado)	Tratamento em casa; retorno em 48–72 h se não melhorar
● Moderada	Impetigo bolhoso extenso ou em lactente ≤ 1 ano bem; varicela em grupo de risco; queimadura de 2º grau de 5–10%; bolhas recorrentes sem causa (IgA linear, EB simples, mastocitose); SSSS muito localizada em criança maior, bem e com retorno garantido (SBP 2022)	Tratamento oral e reavaliação em 24–48 h ; bolhas recorrentes: encaminhar ao dermatologista
● Grave	Febre com pele dolorosa e Nikolsky (SSSS); mucosas ou medicamento recente com pele dolorosa (SSJ/NET); eczema herpético ; recém-nascido com bolhas ou vesículas (inclui suspeita de EB); descolamento > 10%; toxemia, desidratação, má perfusão; queimadura > 10%, 3º grau, área especial, elétrica ou química; varicela no RN ou no imunodeprimido; dor desproporcional e bolhas hemorrágicas; suspeita de maus-tratos	Hospital no mesmo dia : antibiótico IV (SSSS), aciclovir IV (herpes), queimados ou UTI (SSJ/NET); proteção da pele, analgesia, hidratação, temperatura

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Recém-nascido e lactente ≤ 1 ano (NICE NG153); < 2 anos na SSSS.
- Dermatite atópica, queimadura ou outra dermatose extensa (eczema herpético).
- Imunodepressão, desnutrição, doença renal.
- Medicamento de risco nas últimas 8 semanas; varicela; EB grave.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é, em geral, clínico. Examine pele e mucosas; pergunte por medicamentos (8 semanas), herpes, sol, frutas e picadas; teste o Nikolsky e estime a área (palma ≈ 1%).

SUSPEITA	EXAME
Impetigo bolhoso recorrente	Cultura da bolha com antibiograma (CA-MRSA)
SSSS	Clínico; hemocultura e cultura da bolha costumam ser negativas (SBP 2022)
Herpes / eczema herpético	PCR da base da vesícula — sem atrasar o aciclovir
RN com vesículas	PCR de pele, olhos, boca, sangue e líquido; VDRL (hospital)
Bolhas tensas recorrentes	Biópsia de bolha recente + perilesional para imunofluorescência direta (dermatologista): IgA linear na membrana basal
Epidermólise bolhosa	Teste genético (painel ou exoma), sempre recomendado; biópsia com mapeamento por imunofluorescência sobretudo para excluir diferenciais (Diretrizes do MS)

Diferencial que não pode passar: SSSS × SSJ/NET; eczema herpético × impetigo; queimadura acidental × maus-tratos × fitofotodermatite; RN com bolhas sem afastar herpes, sífilis e EB; fasciite necrosante.

4. Tratamento e seguimento

O **pediatra** trata as formas localizadas, encaminha as graves e acompanha as crônicas com o dermatologista, que trata as autoimunes e define o plano da EB.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Cefalexina	50–100 mg/kg/dia (máx. 4 g/dia)	6/6 h (SBP) ou 8/8 h	7–10 dias (SBP; IDSA: 7); SSSS: completar 7–10 dias no total	1ª escolha oral (dose: SBP, DC nº 12/2022; duração: documento Impetigo do site); CHOP: 50 mg/kg/dia na troca IV→oral da SSSS
Cefadroxila	30 mg/kg/dia	12/12 h	5–7 dias	Alternativa (AEP; documento Impetigo)
Clindamicina oral	Impetigo 20 mg/kg/dia; celulite 25–30 mg/kg/dia	8/8 h	5–10 dias	Alergia a betalactâmico ou CA-MRSA (IDSA 2014; documento Impetigo)
Oxacilina IV (SSSS)	100 mg/kg/dia ou mais (< 40 kg, infecção grave); ≥ 40 kg: 1 g ou mais por dose	4/4 a 6/6 h	7–10 dias no total	Escolha da SBP 2022; dose: bula profissional (Oxacilil); duração: CHOP
Cefazolina IV (SSSS)	20 mg/kg/dose (máx. 1 g/dose)	8/8 h	7–10 dias no total	Alternativa (CHOP)
Clindamicina IV (SSSS)	10 mg/kg/dose (máx. 900 mg/dose)	8/8 h	7–10 dias no total	Dose: CHOP; SBP 2022: considerar na 1ª linha; vancomicina só se suspeita de MRSA
Aciclovir IV (eczema herpético)	10 mg/kg/dose	8/8 h	5–10 dias	SBP/ASBAI 2017 (igual ao documento de Alergia do site); AEPap 2017: 30 mg/kg/dia; oral (80 mg/kg/dia em 4 doses, 5 dias) só nas formas leves, a critério do especialista
Aciclovir IV (herpes neonatal)	20 mg/kg/dose	8/8 h	14 dias (pele, olhos, boca); ≥ 21 dias (SNC, disseminada)	JH All Children's 2025 e BASHH/RCOG (documento Citomegalovírus congênito e herpes simples neonatal)
Aciclovir oral (varicela de risco)	20 mg/kg/dose (máx. 800 mg/dose)	4x/dia (AAP/AEP); 5x/dia (MS)	5 dias	Nas primeiras 24 h; RN e imunodeprimido: IV no hospital (documento Doenças exantemáticas)
Dapsona (IgA linear — especialista)	0,5–2 mg/kg/dia	1x/dia	Meses, com redução gradual	Revisão de literatura 2023; após G6PD; monitorar hemoglobina e metemoglobina

- **Impetigo bolhoso:** limpeza, antibiótico **oral** (SBP 2022) e afastamento da creche até 24–48 h de tratamento (veja **Impetigo, celulite e abscessos**).
- **Picadas bolhosas:** corticoide tópico de média potência por poucos dias, repelente conforme a idade, controle de pulgas e percevejos, anti-histamínico **de 2ª geração** conforme idade e bula.
- **Queimaduras:** água corrente por 20 minutos, **não romper bolhas** (SBP), curativo não aderente e tétano (veja **Acidentes domésticos**).
- **Fitofotodermatite:** lavar, compressas frias, corticoide tópico curto, fotoproteção.
- **IgA linear e penfigoide:** encaminhar e suspender o medicamento suspeito; dapsona ou alternativas (corticoide, colchicina) a critério do especialista; a maioria entra em remissão.

Epidermólise bolhosa — Diretrizes Brasileiras (Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 24/2021):

- **RN:** na dúvida, **cuidar como EB:** erguer sobre colchão macio ou por rolamento; ligadura em vez de clampe plástico; **sem pulseira plástica;** evitar cateter umbilical e incubadora no RN a termo; proteger a pele sob eletrodos e manguito; estabilizar e discutir com o centro de referência antes de transferir.
- **Sem esparadrapo, fitas nem coberturas adesivas ou compressivas;** fixar com fita de silicone, malha tubular ou atadura.
- **Bolhas:** **puncionar com agulha estéril, drenar e deixar o teto** como curativo natural (a bolha cresce e amplia o dano; na queimadura, ao contrário, não se rompe).
- **Curativos primários não aderentes** (silicone, gaze vaselinada) e secundários não adesivos; roupas macias, fralda larga sem elástico.
- **Nutrição:** aleitamento com vaselina nos mamilos e na boca do bebê; dieta hipercalórica e macia, ferro, gastrostomia precoce nas formas graves, dentista desde o 1º ano; transfusão se Hb < 8 g/dL.
- **Dor e prurido:** analgesia regular (dipirona 10–12 mg/kg/dose ou paracetamol 10–15 mg/kg/dose, padrão do site) e **antes de banhos e trocas;** anti-histamínico de 2ª geração (o sedativo das Diretrizes do MS só como exceção do site).
- **Rede:** equipe multidisciplinar, **serviço de referência em doenças raras** (Portaria GM/MS nº 199/2014) e aconselhamento genético. Não há tratamento medicamentoso modificador da doença (Diretrizes do MS); curativos especiais dependem de fluxos locais.

Não usar: antibiótico tópico isolado no impetigo bolhoso ou na SSSS; **sulfadiazina de prata na SSSS** (SBP 2022); **ibuprofeno e AAS na varicela;** esparadrapo na EB; anti-histamínico de 1ª geração, salvo a exceção do site; reintroduzir o medicamento suspeito de SSJ/NET.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Febre com pele dolorosa, eritema difuso e Nikolsky positivo (SSSS), sobretudo < 2 anos.
- Erosões em mucosas, pele dolorosa ou alvos atípicos, principalmente com medicamento nas últimas 8 semanas (SSJ/NET).
- Suspeita de eczema herpético; na forma periocular, encaminhar com urgência à oftalmologia (NICE QS44).
- Recém-nascido com bolhas, vesículas ou pústulas, ou com febre, hipotermia ou recusa alimentar.
- Descolamento > 10%, desidratação, má perfusão, queimadura grave, maus-tratos, varicela no RN ou no imunodeprimido, fasciite.
- Mastocitose com hipotensão ou chiado: adrenalina IM 0,01 mg/kg (máx. 0,3 mg; adolescente 0,5 mg).

Como encaminhar

1. ABC; oxigênio para manter **SpO2 ≥ 94%**; acesso e cristaloide se má perfusão, sem retardar o transporte.
2. Analgesia (dipirona ou paracetamol nas doses do site).
3. Cobrir a pele com lençol limpo ou gaze vaselinada, **sem esparadrapo** e sem cremes novos; manter a criança **aquecida**.
4. Suspender todo medicamento suspeito e levar a lista com doses e datas.
5. Avisar o serviço (isolamento de contato na SSSS, no herpes e na varicela); com demora e orientação do serviço, não atrasar a 1ª dose parenteral.
6. Suspeita de maus-tratos: **notificação obrigatória (compulsória)** e Conselho Tutelar.
7. SAMU (192) se instabilidade; relatório com evolução e medicamentos.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Bolha de picada ou atrito: não arranque a pele."
- "Queimadura: água corrente por 20 minutos, sem gelo ou pasta de dente, sem estourar bolhas."
- **Epidermólise bolhosa:** "Nada que cole na pele. As bolhas são furadas com agulha estéril, deixando a pele por cima. Remédio para dor antes do banho e do curativo."
- **Pronto-socorro se:** febre com pele que dói ou "descola como queimadura"; feridas na boca, nos olhos ou nos genitais; bolhinhas agrupadas que se espalham sobre o eczema; bolhas em recém-nascido; criança muito abatida ou urinando pouco; bolhas escuras ou manchas roxas.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Impetigo bolhoso	Oral; cefalexina de escolha, 7–10 dias	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada (IDSA: cefalexina 7 dias)	Flucloxacilina 5 dias; especifica se bolhoso ≤ 1 ano (NG153)	Cefadroxila 5–7 dias	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
SSSS	Emergência; oxacilina; considerar clindamicina	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem diretriz específica localizada	Cloxacilina 50–150 mg/kg/dia IV (AEPap)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Eczema herpético	Aciclovir IV 10 mg/kg/dose 8/8 h, 5–10 dias (SBP/ASBAI 2017)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Aciclovir sistêmico imediato; dermatologia no mesmo dia (QS44)	Aciclovir IV 30 mg/kg/dia (AEPap)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Epidermólise bolhosa	Sem documento específico localizado	Diretrizes 2021: punção, sem adesivos, centro de doenças raras	Sem posição específica localizada	Sem diretriz específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem protocolo local localizado
IgA linear	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem diretriz específica localizada	2–6 anos; histologia; sulfonamidas (AEPap)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem protocolo local localizado

Leitura: há concordância sobre antibiótico oral antiestafilocócico no impetigo bolhoso — cefalexina na SBP e na IDSA, cefadroxila na AEP, flucloxacilina no NICE, conforme a disponibilidade; na duração, a SBP usa 7–10 dias, a IDSA 7 e o NICE 5 — e sobre aciclovir sistêmico imediato no eczema herpético (SBP/ASBAI 2017, NICE, AEPap). A divergência está na **SSSS**: a SBP 2022 indica oxacilina e sugere considerar clindamicina na 1ª linha (antitoxina, CA-MRSA), enquanto o protocolo do CHOP (Filadélfia, apoio fora das 9 referências) prefere cefazolina e não vê benefício na clindamicina. **O site adota a SBP.** Na EB, sem documento da SBP, o site segue as Diretrizes do MS (2021); nas autoimunes, a revisão de literatura. **Posição adotada: SBP; na falta dela, Ministério da Saúde.**

PONTOS PRÁTICOS

1. Idade, estado geral e mucosas: RN com bolhas, febre com pele dolorosa ou mucosas acometidas vão ao hospital no mesmo dia.
2. Nikolsky sem mucosas sugere SSSS (oxacilina IV, SBP). Com mucosas e medicamento recente, suspeite de SSJ/NET e suspenda o medicamento.
3. Eczema herpético: aciclovir IV 10 mg/kg/dose 8/8 h, sem esperar a PCR.
4. Impetigo bolhoso: cefalexina 50–100 mg/kg/dia de 6/6 h por 7–10 dias. O tópico isolado não basta.
5. EB: sem esparadrapo, curativo não aderente, bolha puncionada com o teto preservado, analgesia antes das trocas, nutrição e centro de referência.
6. Bolhas tensas recorrentes aos 2–6 anos lembram IgA linear e pedem biópsia com imunofluorescência. Queimadura com padrão estranho exige pensar em maus-tratos.

Veja também, nesta Biblioteca: **Impetigo, celulite e abscessos, Doenças exantemáticas, Dermatite atópica no consultório, Dermatite da área das fraldas e Acidentes domésticos — intoxicações, corpo estranho, queimaduras, mordeduras e afogamento** (Patologias do consultório); **Urticária, Angioedema, Eritema Multiforme e SSJ/NET e Alergia a Medicamentos** (Alergia e Imunologia); **Citomegalovírus congênito e herpes simples neonatal** (Temas atualizados em Neonatologia); **Mastocitose cutânea na criança** (nesta área).

8. Fontes

- SBP, Departamentos de Dermatologia e Infectologia. Infecções bacterianas superficiais cutâneas, 2022. [PDF](#)
- SBP e ASBAI. Guia prático de atualização em dermatite atópica — Parte II: abordagem terapêutica. Arq Asma Alerg Imunol, 2017. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 24/2021 — Diretrizes Brasileiras para os Cuidados de Pacientes com Epidermólise Bolhosa. [gov.br](#)
- NICE. NG153 — Impetigo: antimicrobial prescribing, 2020. [nice.org.uk](#)
- NICE. QS44 — Atopic eczema in under 12s, statement 7: eczema herpeticum. [nice.org.uk](#)
- AEPap. Infecciones por virus herpes simple, 2017. [PDF](#)
- AEPap. Guía de Algoritmos — Exantemas vesículo-ampollosos, 2016. [PDF](#)
- CHOP. SSSS Clinical Pathway — antibiotics (apoio). [chop.edu](#)

- Management options for linear IgA bullous dermatosis: literature review, 2023 (apoio: dapsona 0,5–2 mg/kg/dia; vancomicina). [PMC](#)
- Fresenius Kabi Brasil. Oxacilil (oxacilina sódica) — bula profissional. [PDF](#)
- Documento do site: Impetigo, celulite e abscessos (cefalexina 50–100 mg/kg/dia, 7–10 dias — SBP DC nº 12/2022; IDSA 2014: 25–50).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.