

A pele como sinal de doença sistêmica na criança

Guia de reconhecimento organizado pelo sinal cutâneo, com o que pedir, para onde encaminhar e o semáforo de gravidade, da meningococemia aos maus-tratos

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

A pele costuma mostrar a doença sistêmica antes dos exames. O primeiro passo é sempre o mesmo: **apertar a lesão** (vitropressão). **Petéquias ou púrpura que não clareiam com febre** (axilar $\geq 37,5$ °C) são **doença meningocócica até prova em contrário** (🔴): ceftriaxona 1ª dose 100 mg/kg IV/IM (máx. 4 g) antes da transferência, se não atrasar a remoção (alternativa: penicilina cristalina), e SAMU. **Púrpura palpável em membros inferiores e nádegas com plaquetas normais** é, em geral, vasculite por IgA: tratamento em casa na forma leve, mas com **urina e pressão arterial no seguimento**. **Febre ≥ 5 dias com exantema** exige pensar em Kawasaki e encaminhar com urgência. Eritema malar, heliótropo e pápulas de Gottron, eritema marginado e eritema nodoso pedem exames iniciais e encaminhamento **prioritário** (🟡) ao reumatologista, ou **urgente** (🔴) se houver fraqueza com disfagia, nefrite ou cardite. Acantose, xantomas e hiperpigmentação abrem investigação metabólica e endócrina no consultório. Hematomas em locais atípicos, no lactente que não anda ou com padrão de objeto exigem **notificação obrigatória (compulsória) e comunicação ao Conselho Tutelar** — não é preciso ter certeza para notificar.

1. O que é e como se apresenta

Este guia liga o **sinal cutâneo à hipótese** e ao destino; o manejo está no documento de cada doença.

- **Petéquias/púrpura com febre (doença meningocócica):** lesões que não clareiam, progressivas, com mau estado geral ou extremidades frias; pode começar como exantema que clareia e evolui em horas.
- **Púrpura palpável simétrica em membros inferiores e nádegas (vasculite por IgA):** 90% abaixo de 10 anos; artralgia, dor abdominal em cólica (invaginação em até 3,5%), edema de mãos e pés, orquite. **Plaquetas nunca estão baixas** — plaquetopenia sugere outro diagnóstico; a nefrite surge em geral nos 3 primeiros meses (SBP 2019).
- **Exantema com febre ≥ 5 dias (Kawasaki):** conjuntivite não exsudativa, lábios e língua, exantema, edema de mãos e pés, adenomegalia; no lactente, formas incompletas.
- **Eritema malar e fotossensibilidade (lúpus):** eritema "em asa de borboleta" que poupa os sulcos nasolabiais, lesões discoides, úlceras orais indolores, alopecia. **Lúpus neonatal** (anti-Ro/La maternos): lesões anulares periorbitais e risco de bloqueio atrioventricular congênito (SBP 2020).
- **Heliótropo e pápulas de Gottron (dermatomiosite):** eritema violáceo periorbital, pápulas sobre as articulações dos dedos e fraqueza proximal (Gowers); a pele pode preceder a fraqueza.

- **Eritema marginado (febre reumática):** anéis róseos evanescentes no tronco, que poupam a face; critério maior de Jones, anda com a cardite.
- **Eritema nodoso:** nódulos dolorosos na face anterior das pernas, que regredem em 2–8 semanas sem cicatriz; causas: **estreptococo** (a mais comum), **tuberculose**, **doença inflamatória intestinal**, Mycoplasma, medicamentos.
- **Livedo:** a cutis marmorata some com o aquecimento; livedo persistente sugere lúpus, síndrome antifosfolípide ou poliarterite; com extremidades frias na criança febril, **má perfusão**.
- **Acantose nigricans:** placas aveludadas no pescoço e dobras — **resistência à insulina**.
- **Xantomas:** tendinosos ou cutâneos na infância indicam **hipercolesterolemia familiar homozigótica** (LDL em geral > 400–500 mg/dL); **xantomas eruptivos** indicam hipertrigliceridemia grave, com risco de pancreatite.
- **Hiperpigmentação (insuficiência adrenal primária):** dobras, cicatrizes, gengivas e mamilos escuros, com cansaço, perda de peso, desejo por sal e vômitos; ausente na forma secundária.
- **Dermatite + diarreia + alopecia (deficiência de zinco, acrodermatite enteropática):** placas erosivas periorificiais, perineais e acrais, refratárias; hereditária (ao desmame) ou adquirida (premature, má absorção).
- **Histiocitose de células de Langerhans:** dermatite "seborreica" do couro cabeludo e das dobras **com petéquias**, refratária; otorreia, lesões ósseas, poliúria. **Leucemia:** petéquias e equimoses sem trauma, com palidez, febre ou dor óssea.
- **Maus-tratos:** equimoses em orelha, pescoço, tronco, nádegas, genitais, face e freio labial; **qualquer equimose no lactente que não anda**; marcas de mão, cinto, mordida ou objeto; queimaduras de imersão "em luva" ou "em meia" ou de cigarro; história incompatível (SBP; NICE CG89).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Bom estado, sem repercussão sistêmica: vasculite por IgA só com púrpura e artralgia, urina e PA normais; eritema nodoso com causa provável; acantose com obesidade; livedo que some com o aquecimento	Pediatra: exames iniciais e retorno programado (vasculite por IgA: urina e PA em 1 semana e reumatologista pediátrico eletivo, com função renal por toda a vida — SBP 2019)
● Moderada	Suspeita de lúpus, dermatomiosite sem disfagia ou febre reumática sem cardite; vasculite por IgA com urina levemente alterada; eritema nodoso sem causa; xantomas; hiperpigmentação estável; suspeita de deficiência de zinco ou histiocitose; maus-tratos com a criança protegida	Encaminhamento prioritário ao especialista; maus-tratos: notificação e Conselho Tutelar no mesmo dia
● Grave	Púrpura com febre ou mau estado geral; púrpura com plaquetopenia ou sangramento; Kawasaki ; vasculite por IgA com dor abdominal intensa, sangue nas fezes, edema escrotal, hipertensão ou síndrome nefrótica/nefrítica; fraqueza com disfagia ou dispneia; lúpus com sinais renais, neurológicos, citopenia ou serosite; cardite; crise adrenal; xantomas eruptivos com dor abdominal; livedo com extremidades frias; maus-tratos no lactente, lesão grave ou risco imediato	Pronto-socorro/hospital: estabilizar, oxigênio para SpO ₂ ≥ 94%, acesso venoso, antibiótico ou hidrocortisona antes do transporte quando indicado, SAMU (192)

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Lactente pequeno, imunodeficiência, asplenia, vacina meningocócica atrasada.
- Lesões que progridem em horas; febre com prostração.
- Plaquetopenia, urina alterada ou PA elevada; história incompatível com a lesão.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico do sinal é **clínico**: morfologia, distribuição, vitropressão, palpação (púrpura palpável = vasculite), mucosas, unhas, couro cabeludo e, em toda púrpura ou suspeita reumatológica, **pressão arterial e fita urinária**.

SINAL	O QUE PEDIR	DESTINO
Púrpura com febre	Nada que atrase o transporte	🔴 Pronto-socorro
Púrpura palpável sem febre	Hemograma com plaquetas, urina tipo 1, proteína/creatinina urinária, creatinina, PA	🟢 Pediatra + reumatologista pediátrico eletivo (SBP: todos); nefrologia se urina alterada
Febre ≥ 5 dias + exantema	Hemograma, PCR, VHS, albumina, ALT, urina — sem atrasar	🔴 Hospital com ecocardiograma
Eritema malar	Hemograma, urina, proteína/creatinina, creatinina, VHS, FAN, C3, C4	🟡 Reumatologia
Heliótopo, Gottron	CK, aldolase, DHL, AST, ALT; força e deglutição	🟡 Reumatologia; 🔴 se disfagia
Eritema marginado	ASLO, anti-DNase B, VHS, PCR, ECG, ecocardiograma	🟡 Cardiologia; 🔴 se cardite
Eritema nodoso	Teste rápido de orofaringe, ASLO; PPD ou IGRA e RX de tórax; calprotectina fecal se sintomas intestinais	🟢/🟡 conforme a causa
Livedo persistente	Hemograma, urina, FAN, antifosfolípidos	🟡 Reumatologia
Icterícia, aranhas vasculares	Bilirrubinas, AST, ALT, GGT, albumina, TP/INR	🟡 Gastroenterologia; 🔴 se coagulopatia
Acantose	HbA1c ou glicemia de jejum, lipídios, ALT, PA	🟢 Pediatra
Xantomas	Perfil lipídico repetido, TSH; lipídios dos pais	🟡 Centro de referência
Hiperpigmentação	Sódio, potássio, glicemia, cortisol e ACTH por volta das 8 h	🟡 Endocrinologia
Dermatite + diarreia + alopecia	Zinco sérico e fosfatase alcalina (baixa)	🟡 Dermatologia
Dermatite purpúrica refratária no lactente	Hemograma, função hepática; biópsia (especialista)	🟡 Dermatologia/oncologia
Equimoses suspeitas	Hemograma, coagulograma; radiografia de esqueleto em < 2 anos (SBP); fotos com régua	Notificação + Conselho Tutelar

TEN-4-FACESp (< 4 anos com equimose; sensibilidade de 96%): equimose no **Tronco**, orelha ou pescoço; no **Freio**, ângulo da mandíbula, bochecha, pálpebra ou subconjuntiva; **qualquer** equimose abaixo de 4,99 meses; ou equimose com padrão. Positiva = avaliar maus-tratos (Pierce 2021); é triagem.

Diferencial que não pode passar: meningococemia em toda púrpura febril; púrpura trombocitopênica imune e leucemia; coagulopatia e mancha mongólica antes de concluir por maus-tratos; dengue (prova do laço positiva: ≥ 10 petéquias, MS); Kawasaki $\times$ SIM-P.

4. Tratamento e seguimento

O pediatra reconhece, estabiliza, pede os exames iniciais, encaminha com a prioridade certa e mantém o seguimento compartilhado (urina e PA, fotoproteção, profilaxia da febre reumática). **O especialista** confirma (biópsia, autoanticorpos, teste de ACTH, genética) e conduz imunossupressão, imunoglobulina, estatina e reposição hormonal.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Ceftriaxona (suspeita de doença meningocócica)	1ª dose 100 mg/kg IV/IM (máx. 4 g) antes da transferência; manutenção conforme o serviço (MS: 50 mg/kg 12/12 h = 100 mg/kg/dia)	Manutenção: 12/12 h (MS)	5–7 dias	Decisão do site (30/09/2026); MS, Guia de Vigilância 2023 (Quadro 2); 1ª dose se não atrasar a remoção (Doenças exantemáticas; NICE NG240)
Penicilina G cristalina (alternativa)	200.000–400.000 UI/kg/dia IV	4/4 h	5–7 dias	MS, Guia de Vigilância 2023
Rifampicina (contatos próximos)	< 1 mês 5 mg/kg/dose; ≥ 1 mês 10 mg/kg/dose (máx. 600 mg)	12/12 h	2 dias	MS 2023; ou ceftriaxona IM 125 mg (< 12 anos) / 250 mg (≥ 12 anos), dose única
Paracetamol (dor, artralgia)	10–15 mg/kg/dose (máx. 75 mg/kg/dia, nunca > 4 g/dia)	4–6 h	Reavaliar em 48–72 h	Padrão do site
Prednisolona ou prednisona (vasculite por IgA com dor abdominal moderada a intensa ou orquite)	1–2 mg/kg/dia	1x/dia	3–7 dias, redução em 2–6 semanas	SBP 2019 (DC nº 5); AEP 2020 idem; decisão do especialista ou do hospital; não previne nefrite
Penicilina G benzatina (estreptococo)	< 20 kg 600.000 UI; ≥ 20 kg 1.200.000 UI IM	Dose única	Profilaxia conforme Febre Reumática	Padrão do site
Hidrocortisona (crise adrenal)	50–100 mg/m ² IV ou IM	Imediata	Antes do transporte	Documento do site Insuficiência adrenal; soro fisiológico 20 mL/kg e glicose
Zinco elementar (acrodermatite)	Hereditária 3 mg/kg/dia; transitória ou adquirida 1 mg/kg/dia	1–2x/dia	Por toda a vida na hereditária	Sem posição das 9 referências; An Bras Dermatol 2024 (SBD) e revisão 2025; dose do especialista
Imunoglobulina IV (Kawasaki)	2 g/kg	Infusão única	Hospital	Documento do site Doença de Kawasaki (AHA)

O que não fazer

- Não atrasar antibiótico nem transporte na púrpura febril.

- Não iniciar corticoide antes do diagnóstico na suspeita de lúpus, dermatomiosite ou histiocitose.
- Não usar anti-inflamatório na vasculite por IgA com nefrite ou sangramento, na suspeita de dengue ou na desidratação.
- Na suspeita de maus-tratos, não confrontar a família; registrar o relato literal e as lesões.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Todos os critérios da linha  da classificação de gravidade.

Como encaminhar

1. **Púrpura febril:** ceftriaxona 1ª dose 100 mg/kg IV/IM (máx. 4 g) (ou penicilina cristalina) imediatamente, se não atrasar a remoção; oxigênio para **SpO2 ≥ 94%**; acesso venoso e cristalóide 20 mL/kg se houver choque e equipe treinada; SAMU (192); máscara cirúrgica e aviso ao destino. Doença meningocócica é de **notificação obrigatória (compulsória)**.
2. **Crise adrenal:** hidrocortisona IM ou IV antes do transporte e glicemia capilar.
3. **Kawasaki:** hospital com ecocardiograma e imunoglobulina; sem AAS no consultório.
4. **Maus-tratos:** a criança só volta para casa se estiver protegida; notificação obrigatória (compulsória) na ficha de violência do SINAN e comunicação ao **Conselho Tutelar** (ECA, art. 13; a omissão é infração, art. 245); risco imediato: polícia (190) ou Disque 100.
5. **Relatório:** lesões (fotos datadas), febre, medicamentos, vacinas, exames e PA.

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

- "Aperte a mancha com um copo de vidro: se ela não some e a criança tem febre, vá imediatamente ao pronto-socorro."
- Vasculite por IgA: "as manchas podem voltar por semanas; o importante é a urina e a pressão nos retornos, mesmo depois que elas somem."
- Lúpus e dermatomiosite: "protetor solar todos os dias."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** manchas roxas que se espalham, febre com prostração, dor de barriga forte ou sangue nas fezes, urina escura ou escassa, inchaço, testículo dolorido, fraqueza com engasgo ou falta de ar, febre por 5 dias com olhos vermelhos e lábios rachados.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Púrpura febril	Emergência; antibiótico imediato	Ceftriaxona 50 mg/kg 12/12 h (100 mg/kg/dia) ou penicilina cristalina	Sem posição específica localizada	Antibiótico pré- hospitalar se não atrasar (NG240)	Sem protocolo localizado	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Vasculite por IgA — diagnóstico	EULAR/PRIN- TO/PRES; pla- quetas normais	Sem posição localizada	Sem posição específica localizada	Sem diretriz própria	EULAR/PRIN- TO/PRES	Sem posição específica localizada	Critérios do ACR; suporte e corticoide	Segue o NICE
Vasculite por IgA — seguimento	Reumatologis- ta e função re- nal a longo prazo	Sem posição localizada	Sem posição específica localizada	—	Urina e PA por ≥ 6 meses (ideal 12)	Sem posição específica localizada	Sem duração definida	Segue o NICE
Kawasaki	Documento do site segue a AHA	Sem posição localizada	AHA 2017/2024	Pensar se fe- bre ≥ 5 dias (NG143)	Sem protocolo localizado	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Maus-tratos na pele	Local atípico; RX de esque- leto < 2 anos	Notificação obrigatória (ECA 13 e 245)	Relatório 2015 (só resumo acessado); TEN-4-FA- CESp validada nos EUA	Suspeitar por forma, local e explicação (CG89)	Sem protocolo localizado	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: há convergência na púrpura febril como emergência, nas plaquetas normais e na vigilância renal da vasculite por IgA, e nas equimoses em locais protegidos ou no lactente que não anda como sinal de maus-tratos. Divergem na **ceftriaxona** (MS: 50 mg/kg 12/12 h por 5–7 dias; NICE NG240: 5 dias, dose pelo BNFC; o site adota **1ª dose de 100 mg/kg, máx. 4 g**, por decisão do Dr. Stefani), na **duração do seguimento da vasculite por IgA** (SBP: reumatologista pediátrico e função renal a longo prazo para todos; AEP e consenso europeu SHARE: alta após 6–12 meses de urina e PA normais) e na **notificação**, que no Brasil é obrigatória e inclui o Conselho Tutelar já na suspeita. O site adota a posição da SBP e, onde ela não se manifesta (antibiótico e quimioprofilaxia da doença meningocócica), a do Ministério da Saúde.

PONTOS PRÁTICOS

1. Aperte toda mancha: petéquia ou púrpura com febre é doença meningocócica até prova em contrário — antibiótico e SAMU, sem esperar exames.
2. Púrpura palpável com plaquetas normais: vasculite por IgA; urina e PA no diagnóstico e em todos os retornos.
3. Febre ≥ 5 dias com exantema: Kawasaki até prova em contrário; hospital com ecocardiograma no mesmo dia.
4. Heliótopo, Gottron, eritema malar e eritema marginado: reumatologia prioritária; disfagia, nefrite ou cardite são urgência.
5. Acantose, xantomas e hiperpigmentação apontam resistência à insulina, dislipidemia familiar e insuficiência adrenal — investigue no consultório.
6. Equimose em lactente que não anda ou em orelha, pescoço, tronco e face: notificação obrigatória (compulsória) e Conselho Tutelar, sem precisar de certeza.

Veja também, nesta Biblioteca: **Doença de Kawasaki, Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil, Dermatomiosite Juvenil, Febre Reumática e Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P / MIS-C)** (Reumatologia); **Nefropatia por IgA e Vasculite por IgA** (Nefrologia e Urologia); **Dislipidemias e hipercolesterolemia familiar** (Cardiologia); **Diabetes tipo 2 e resistência à insulina no adolescente e Insuficiência adrenal e hiperplasia adrenal congênita** (Endocrinologia); **Doenças exantemáticas, Dermatite da área das fraldas, Acidentes domésticos e Obesidade e risco cardiometabólico** (Patologias do consultório); **Diagnóstico Precoce do Câncer Infantil** (Oncologia); **Colestase Neonatal e Atresia de Vias Biliares** (Neonatologia); **Doença meningocócica no Brasil e vacina 4CMenB em lactentes** (Temas SBP 2026).

8. Fontes

- Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde, 6ª ed. — Doença meningocócica, 2023. [PDF](#)
- SBP, Departamento de Reumatologia. Vasculite por IgA deve ser acompanhada em longo prazo? Documento Científico nº 5, 2019. [PDF](#)
- SBP, Departamentos de Dermatologia e Reumatologia. O espectro das lesões cutâneas no lúpus pediátrico, 2020. [PDF](#)
- SBP, Claves/Fiocruz. Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência, 2ª ed., 2001. [PDF](#)

- Ministério da Saúde. Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde, 2002. [PDF](#)
- AEP. Borlán Fernández S. Vasculitis por IgA (púrpura de Schönlein-Henoch). Protocolos, 2020. [PDF](#)
- Paredes Salfate N, Noguera Morel L. Manifestaciones cutáneas que orientan a enfermedades sistémicas en pediatría. Pediatría Integral, 2026. [pediatriaintegral.es](#)
- Pierce MC et al. Validation of a clinical decision rule to predict abuse based on bruising (TEN-4-FACESp). JAMA Netw Open, 2021. [PMC](#)
- Boston Children's Hospital (Harvard). Henoch-Schonlein Purpura. [childrenshospital.org](#)
- A rash not to miss: Langerhans cell histiocytosis. Paediatr Child Health, 2024. [PMC](#)
- Botelho LFF et al. Transient neonatal zinc deficiency or acrodermatitis enteropathica? An Bras Dermatol, 2024. [PMC](#)
- Cui W et al. Acrodermatitis enteropathica in the pediatric population — literature review. Front Nutr, 2025. [PMC](#)
- NICE. Bacterial meningitis and meningococcal disease (NG240), 2024 [nice.org.uk](#); Fever in under 5s (NG143) [nice.org.uk](#); Child maltreatment (CG89) [nice.org.uk](#)
- AAP. The evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics, 2015 (resumo). [Europe PMC](#)

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.