

Vitiligo e outras manchas brancas na criança

Diagnóstico diferencial das manchas hipocrômicas e acrômicas e manejo do vitiligo, com teste de sensibilidade, rastreo de tireoide, tratamento tópico e encaminhamento

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 mancha branca, pergunte primeiro se ela é **hipocrômica** (pigmento diminuído) ou **acrômica** (branco-giz, realçada na lâmpada de Wood). As mais comuns são hipocrômicas e do pediatra: **pitíriase alba** (escolar, face e braços), **pitíriase versicolor** (adolescente, tronco) e **hipocromia pós-inflamatória**. Toda mancha hipocrômica persistente pede **teste de sensibilidade térmica, dolorosa e tátil**: alteração define caso de **hanseníase** (PCDT do Ministério da Saúde 2022), de **notificação obrigatória (compulsória)**. Três ou mais máculas hipomelanóticas de pelo menos 5 mm são critério maior de **esclerose tuberosa**: lâmpada de Wood, ecocardiograma e EEG, e encaminhamento prioritário ao neuropediatra no menor de 2 anos. O **vítiligo** dá máculas acrômicas bem delimitadas, simétricas (não segmentar) ou unilaterais (segmentar), com fenômeno de Koebner; ao diagnóstico, pedir **TSH e T4 livre** (anti-TPO se TSH alterado ou bócio, como no documento Hipotireoidismo do site). O pediatra pode iniciar corticoide de média potência ou tacrolimo e encaminha ao dermatologista: **prioritário** no vitiligo ativo, facial ou segmentar recente; **eletivo** no estável. Quase tudo é  /  ;  só nas complicações agudas (reação hansênica com neurite, espasmos ou crises na suspeita de esclerose tuberosa).

1. O que é e como se apresenta

Hipocromia é redução da melanina; acromia, ausência. Roteiro (AEPap 2020): idade de início, hipocromia ou acromia, número e distribuição.

Adquiridas, com hipocromia (as mais frequentes):

- **Pitíriase alba**: a mais comum no escolar; máculas mal definidas com descamação fina na face e nos braços, mais visíveis após o verão; ligada à atopia; regride em meses a anos (MS, Cadernos nº 9).
- **Pitíriase versicolor ("pano branco")**: Malassezia, adolescente; máculas confluentes no tronco e ombros, com descamação ao raspar. Ver **Micoses superficiais**.
- **Hipocromia pós-inflamatória**: após eczema, psoríase, picadas, queimaduras ou crioterapia; repigmenta em meses.
- **Hanseníase indeterminada** (forma inicial, a mais comum na criança): poucas manchas hipocrômicas planas, com **hipoestesia térmica** (tátil geralmente preservada), menos suor e pelos (PCDT 2022). Em menor de 15 anos indica transmissão recente no convívio.

Congênitas ou de início precoce:

- **Nevo acrômico (despigmentoso):** mácula única, hipocrômica, de borda serrilhada, desde o nascimento ou primeiros anos, estável; 0,4–0,7% dos recém-nascidos (AEPap 2020).
- **Nevo anêmico:** pigmento normal; some à vitropressão, não avermelha à fricção; mais comum na NF1.
- **Máculas hipomelanóticas da esclerose tuberosa:** ver o bloco abaixo.
- **Piebaldismo:** acromia frontal congênita com mecha branca (com surdez, Waardenburg).

Esclerose tuberosa (ET). As **máculas hipomelanóticas** (ovais, "em folha de freixo") costumam ser o primeiro sinal, desde o nascimento ou os primeiros meses; na pele clara, só a **lâmpada de Wood** as mostra, com realce discreto, não brilhante (AEPap 2020).

- **Crítérios (consenso internacional 2021):** **≥ 3 máculas hipomelanóticas de pelo menos 5 mm = critério maior**; lesões **"em confete"** = critério menor. ET definitiva: 2 maiores, ou 1 maior + 2 menores (lista completa no tema 02).
- **Quando suspeitar: lactente com manchas e espasmos ou crises focais; rabdomioma cardíaco no pré-natal** ou no ecocardiograma; atraso, TEA ou epilepsia com manchas; angiofibromas faciais, placa de Shagreen, fibromas ungueais; pai ou mãe com ET.
- **O que pedir** (consenso 2021; tema 02): **lâmpada de Wood** na criança e nos pais; **ecocardiograma** (sobretudo < 3 anos) e ECG; **RM de encéfalo**; **EEG de vigília e sono**; imagem abdominal, PA e função renal; **fundo de olho dilatado**; teste genético (*TSC1/TSC2*) pelo geneticista.
- **Encaminhamento** (como no tema 02): **< 2 anos — encaminhar com prioridade ao neuropediatra, com ecocardiograma e EEG**; maiores — encaminhar à genética, neuropediatria e dermatologia. Orientar os pais a **filmar movimentos estranhos**. **Espasmos = urgência:** encaminhar com urgência ao neuropediatra e EEG com sono; vigabatrina na ET (**Espasmos epilépticos do lactente (síndrome de West)**). Seguimento: **Manchas café com leite e genodermatoses — neurofibromatose tipo 1 e esclerose tuberosa**.

Vitiligo. Doença autoimune com destruição de melanócitos; 1–2% da população, início antes dos 10 anos em cerca de 25% dos casos; 15–20% com história familiar (AEPap 2020). Máculas **acrômicas**, branco-giz, bem delimitadas, periorificiais, em mãos, pés, joelhos, cotovelos, axilas e genitais. **Fenômeno de Koebner:** lesões novas onde há atrito ou trauma.

- **Não segmentar:** o mais comum; simétrico, curso imprevisível, mais autoimunidade.
- **Segmentar:** mais frequente na criança; unilateral, progride rápido e estabiliza; responde pior ao tópicos (AEPap 2020).
- **Doenças associadas:** sobretudo **tireoidite autoimune** (AEPap 2020; BAD 2021); também alopecia areata, diabetes tipo 1 e doença celíaca.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Alba, versicolor, pós-inflamatória; nevo acrômico ou anêmico estável; sensibilidade normal ; vitiligo localizado e estável, fora da face e genitais	Pediatra trata; retorno em 2–3 meses; no vitiligo, tireoide e encaminhar ao dermatologista (eletivo)
● Moderada	Vitiligo ativo , facial, genital, extenso, segmentar recente, refratário a 3 meses de tópico ou com impacto emocional; mancha com alteração de sensibilidade ; ≥ 3 máculas hipomelanóticas ≥ 5 mm sem crises	Encaminhar com prioridade: dermatologista; hanseníase à referência (notificação ao confirmar); ET: < 2 anos, neuropediatra, eco e EEG; maiores, genética, neuropediatria e dermatologia
● Grave (raro)	Reação hansênica (dor em nervo, perda súbita de força , lesões inflamadas, nódulos com febre); lactente com máculas e espasmos ou crises ; diabetes descompensado	Mesmo dia: referência em hanseníase ou pronto-socorro; espasmos conforme Espasmos epilépticos do lactente ; suspeita de cetoacidose, pronto-socorro

Fatores que elevam a prioridade: lesões novas nos últimos 3–6 meses ou Koebner; face, mãos ou genitais; segmentar recente; bullying ou isolamento; sintomas de tireoide, diabetes ou celíaca; convívio com caso de hanseníase; atraso ou epilepsia com manchas múltiplas.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é clínico. Roteiro:

1. **Início:** congênita e estável (nevo acrômico, esclerose tuberosa) ou adquirida.
2. **Aspecto:** hipocromia mal definida (alba); descamação ao raspar (versicolor); acromia de bordas nítidas (vitiligo).
3. **Teste de sensibilidade em toda mancha hipocrômica persistente** (PCDT 2022): **térmica** (tubos com água fria e morna), **dolorosa** (agulha estéril, sem ferir) e **tátil** (algodão ou monofilamento), comparando com a pele sã; palpar nervos ulnar, fibular e tibial. Na criança, avaliação por profissional experiente (PCDT).
4. **Vitropressão e fricção:** identificam o nevo anêmico.
5. **Lâmpada de Wood:** vitiligo **branco-azulado brilhante**; versicolor amarelo-esverdeado (Micoses superficiais); alba, nevo acrômico e ET com realce discreto; nevo anêmico sem realce.
6. **Pele toda:** contar máculas hipomelanóticas e café com leite; angiofibromas, placa de Shagreen; desenvolvimento.

Exames:

- **Vitiligo: TSH e T4 livre** ao diagnóstico; **anti-TPO se TSH alterado ou bócio**, como em **Hipotireoidismo congênito e adquirido** (NICE). SBP, SBD e MS não definem o rastreio; a BAD (2021) pede função e anticorpos em todos, inclusive crianças — divergência registrada. Repetir TSH se sintomas, bócio ou desaceleração do crescimento e periodicamente (sugestão do site: a cada 1–2 anos; anual se anti-TPO positivo). TSH alterado: conduta daquele documento.
- **Celiaca e diabetes tipo 1**: sem rastreio universal; exames só com sintomas.
- **Micológico direto** na dúvida de versicolor; **biópsia e baciloscopia** raras (PCDT 2022: evitar na criança quando possível).

Diferencial que não pode passar: hanseníase; esclerose tuberosa; líquen escleroso genital (não rotular como abuso sem avaliação); micose fungoide hipopigmentada (adolescente: biópsia).

4. Tratamento e seguimento

Pitiríase alba (pediatra). Emoliente diário, banho curto e morno e **fotoprotetor** (o bronzeado vizinho acentua o contraste). Com eritema ou prurido, corticoide de baixa potência por curto período (MS, Cadernos nº 9). A AEPap (2020) desaconselha corticoide; o site segue o MS (a SBP não tem posição).

Versicolor e pós-inflamatória (pediatra). Versicolor conforme **Micoses superficiais** (xampu de cetoconazol 2% ou sulfeto de selênio 2,5%). Pós-inflamatória: tratar a doença de base e fotoproteção.

Hanseníase. PQT-U conforme o PCDT: 6 meses nos paucibacilares e 12 nos multibacilares; < 30 kg, doses por peso. **Notificação obrigatória (compulsória)** e exame dos contatos. O pediatra não inicia PQT-U sem confirmação.

Vitiligo. SBP e Ministério da Saúde não têm protocolo de tratamento (sem PCDT). O site segue o **Consenso da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD 2020)**, a referência brasileira disponível, em linha com a BAD (2021) e o consenso pediátrico internacional (2024).

- **Pediatra:** inicia tópico no vitiligo localizado enquanto aguarda o dermatologista, pede tireoide, orienta fotoproteção.
- **Dermatologista:** fototerapia, minipulso oral, ruxolitinibe e enxertos (só no vitiligo estável).
- **Resposta:** lenta; avaliar em **3 meses**, com fotos a cada 3–6 meses (SBD 2020; BAD 2021).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Hidrocortisona 1% creme (alba com eritema ou prurido)	Camada fina	1–2 vezes ao dia	Curto (sugestão do site: até 2 semanas)	MS, Cadernos nº 9 (corticoide tópico, sem potência definida); baixa potência na face (Dermatite atópica no consultório)
Furoato de mometasona 0,1% (vitiligo fora da face e das dobras)	Camada fina	1 vez ao dia	Intermitente (BAD 2021: 1 semana sim, ≥ 1 semana não) ou até 8 semanas e rodízio com tacrolimo (SBD 2020); parar se nada repigmentar em 3 meses (SBD 2020)	Na criança, média potência no corpo (SBD 2020); alta potência só pelo dermatologista
Tacrolimo pomada 0,03% (2–15 anos) ou 0,1% (≥ 16 anos) — face, pálpebras, dobras, genitais	Camada fina	2 vezes ao dia	Avaliar em 3 meses; uso prolongado se repigmentar (SBD 2020)	Idades da bula (SBP/ASBAI 2017); fora da bula no vitiligo; consenso 2024
Pimecrolimo creme 1% (alternativa)	Camada fina	2 vezes ao dia	Avaliar em 3 meses (SBD 2020)	A partir de 3 meses pela bula (SBP/ASBAI 2017); fora da bula no vitiligo
Ruxolitinibe creme 1,5% (especialista)	Camada fina, máximo 10% da superfície corporal	2 vezes ao dia	Conforme especialista	Não segmentar, ≥ 12 anos (FDA 2022; EMA; NICE TA1140, 2026, após falha); sem registro localizado na Anvisa até 09/2026
NB-UVB (especialista)	Por fototipo	2–3 sessões por semana	Avaliar após ≥ 6 meses (cerca de 48 sessões)	SBD 2020; extenso ou refratário; em geral não < 5 anos (BAD 2021)

O que não usar: corticoide de alta potência na face, dobras e em lactentes, ou contínuo; corticoide em mancha anular descamativa sem diagnóstico; corticoide oral pelo pediatra; PUVA oral abaixo de 10 anos (SBD 2020); sol "para repigmentar"; fitoterápicos e suplementos.

Fotoproteção e camuflagem. Fotoprotetor FPS 50 nas manchas antes do sol (BAD 2021), roupa e sombra (detalhes em **Nevos melanocíticos na criança (adquiridos e congênitos) e fotoproteção**); camuflagem em escolares maiores (AEPap 2020).

Impacto psicossocial. Ansiedade e bullying são frequentes (Boston Children's); psicologia no sofrimento moderado ou grave (BAD 2021).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Manchas brancas quase nunca são urgência. Encaminhar **com urgência**:

- **Reação hansênica ou neurite**: dor em nervo, perda recente de força ou sensibilidade, manchas que avermelham e incham, nódulos com febre — referência em hanseníase ou pronto-socorro.
- **Lactente com máculas hipomelanóticas e espasmos, crises ou regressão**: encaminhar com urgência ao neuropediatra e EEG (**Espasmos epilépticos do lactente**).
- **Vitiligo com sinais de diabetes descompensado** (poliúria, vômitos, dor abdominal, taquipneia, sonolência): glicemia capilar e pronto-socorro (**Diabetes tipo 1**).
- **Ideação suicida ou autolesão**: encaminhar com urgência à saúde mental.

Como encaminhar: relatório com fotos, teste de sensibilidade e exames; nas crises, resgate conforme o padrão do site; na cetoacidose, conforme **Diabetes tipo 1**; oxigênio, se necessário, para **SpO2 ≥ 94%**.

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

- "A pitiríase alba não é micose nem falta de vitamina; melhora devagar, com hidratante e protetor solar."
- "O vitiligo não passa para outras pessoas e não é causado por alimentos. O tratamento é lento."
- "Protetor solar nas manchas todos os dias; evite atrito e machucados."
- **Retornar antes se**: manchas novas ou crescendo rápido, mancha dormente, cansaço, inchaço no pescoço, muita sede ou urina, tristeza ou sofrimento na escola.
- **Mesmo dia se**: dor forte em nervo ou perda de força na hanseníase, ou "sustos" e crises no bebê com manchas brancas.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Esclerose tuberosa	Sem documen- to localizado	PCDT de Epi- lepsia: vigaba- trina nos espasmos	Sem posição específica localizada	Vigabatrina nos espasmos (NG217)	Consenso 2021 (AEP 2022); Wood (AEPap)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Pitíriase alba	Sem posição específica localizada	Emoliente, fo- toprotetor, cor- ticoide tópico	Sem posição específica localizada	Sem diretriz clínica	Emoliente e inibidor de cal- cineurina; sem corticoide	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Tireoide	Sem posição específica localizada	"Estudo imuno- lógico" genéri- co (BVS)	Risco maior de doença tireoidiana	Sem diretriz clínica	Descartar tireoidopatia	Sem posição específica localizada	Rastreio pode ser indicado	Segue o NICE
Tratamento do vitiligo	Sem posição específica localizada	Sem PCDT; nada registra- do para vitiligo	Tópicos e ru- xolitinibe; tratar cedo	Ruxolitinibe ≥ 12 anos após falha (TA1140)	Inibidor de cal- cineurina; NB- UVB se extenso	Sem posição específica localizada	Tópicos, de- pois NB-UVB e oral	Segue o NICE
Hipocromia e encaminha- mento	Sem posição específica localizada	Teste de sensi- bilidade; < 15 anos: profissio- nal experiente	Dermatologista faz o plano	Sem diretriz clínica	Sem critério explícito	Sem posição específica localizada	Apoio psicossocial	Segue o NICE

Leitura: há concordância em que o diagnóstico do vitiligo é clínico (lâmpada de Wood), o tratamento começa por tópicos, a NB-UVB é a fototerapia das formas extensas e o impacto emocional deve ser avaliado. Divergências: (1) **primeira linha tópica** — a BAD prefere corticoide potente no corpo e tacrolimo na face, a AEPap começa pelo inibidor de calcineurina, o consenso de 2024 aceita ambos; (2) **tireoide** — a BAD dosa função e anticorpos em todos; o site mantém TSH e T4 livre, com anti-TPO só se TSH alterado ou bócio (documento Hipotireoidismo); (3) **ruxolitinibe** — aprovado nos EUA e na Europa a partir de 12 anos, pelo NICE após falha, sem registro no Brasil; (4) **pitíriase alba** — o MS inclui corticoide, a AEPap o desaconselha. Na **esclerose tuberosa**, sem SBP nem PCDT próprio, o site segue o consenso internacional de 2021 e o PCDT de Epilepsia (vigabatrina nos espasmos), como no tema 02. A SBP não tem documento sobre o tema: o site adota o Ministério da Saúde onde ele se posiciona (hanseníase, pitíriase alba) e, no vitiligo, o consenso da SBD 2020; a BAD (2021) entra como apoio.

PONTOS PRÁTICOS

1. Hipocromia mal definida no escolar é quase sempre pitíriase alba; acromia branco-giz é vitiligo até prova em contrário.
2. Toda mancha hipocrômica persistente pede teste de sensibilidade: alteração define hanseníase, de notificação obrigatória (compulsória).
3. Três ou mais máculas hipomelanóticas ≥ 5 mm: esclerose tuberosa até prova em contrário — Wood, ecocardiograma, EEG e neuropediatra (< 2 anos: com prioridade; espasmos: com urgência).
4. No vitiligo, TSH e T4 livre (anti-TPO se TSH alterado ou bócio); celíaca e diabetes, pelos sintomas.
5. Mometasona intermitente no corpo e tacrolimo na face; avaliar em 3 meses; dermatologista prioritário se ativo, facial ou segmentar recente.
6. Fotoproteção e atenção ao sofrimento emocional fazem parte do tratamento.

Veja também, nesta Biblioteca: **Micoses superficiais** e **Dermatite atópica no consultório** (Patologias do consultório); **Manchas café com leite e genodermatoses — neurofibromatose tipo 1 e esclerose tuberosa e Nevos melanocíticos na criança (adquiridos e congênitos) e fotoproteção** (nesta área); **Hipotireoidismo congênito e adquirido** e **Diabetes tipo 1 — diagnóstico e manejo ambulatorial** (Endocrinologia pediátrica); **Espasmos epilépticos do lactente (síndrome de West)** (Neurologia pediátrica e desenvolvimento).

8. Fontes

- Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hanseníase, 2022. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Dermatologia na Atenção Básica (Cadernos nº 9), 2002. [PDF](#)
- Ministério da Saúde, BVS. Vitiligo. bvsms.saude.gov.br
- SBP. Documentos científicos de Dermatologia (sem documento sobre vitiligo). sbp.com.br
- SBP e ASBAI. Guia prático de atualização em dermatite atópica, Parte II, 2017. [PDF](#)
- Dellatorre G et al. Consenso sobre tratamento do vitiligo — SBD. An Bras Dermatol, 2020. anaisdedermatologia.org.br
- AEPap. Campos Domínguez M. Alteraciones de la pigmentación en la infancia. Form Act Pediatr Aten Prim, 2020. [PDF](#)
- AAP, HealthyChildren.org. Garzon MC, Hathaway JS. Vitiligo in children, 2026. healthychildren.org

- Eleftheriadou V et al. BAD guidelines for vitiligo 2021. Br J Dermatol, 2022. academic.oup.com
- Renert-Yuval Y et al. Expert recommendations on topical therapeutics for pediatric vitiligo. JAMA Dermatol, 2024 — resumo. vrfoundation.org
- NICE. Ruxolitinib cream for treating non-segmental vitiligo in people 12 years and over (TA1140), 2026. nice.org.uk
- Psoríase Brasil. Vitiligo no Brasil: desafios regulatórios, 2025. psoriasebrasil.org.br
- Boston Children's Hospital. Vitiligo in children. childrenshospital.org
- Northrup H et al. Updated TSC diagnostic criteria and surveillance and management recommendations, 2021 — resumo (TSC Alliance). [PDF](#)

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.