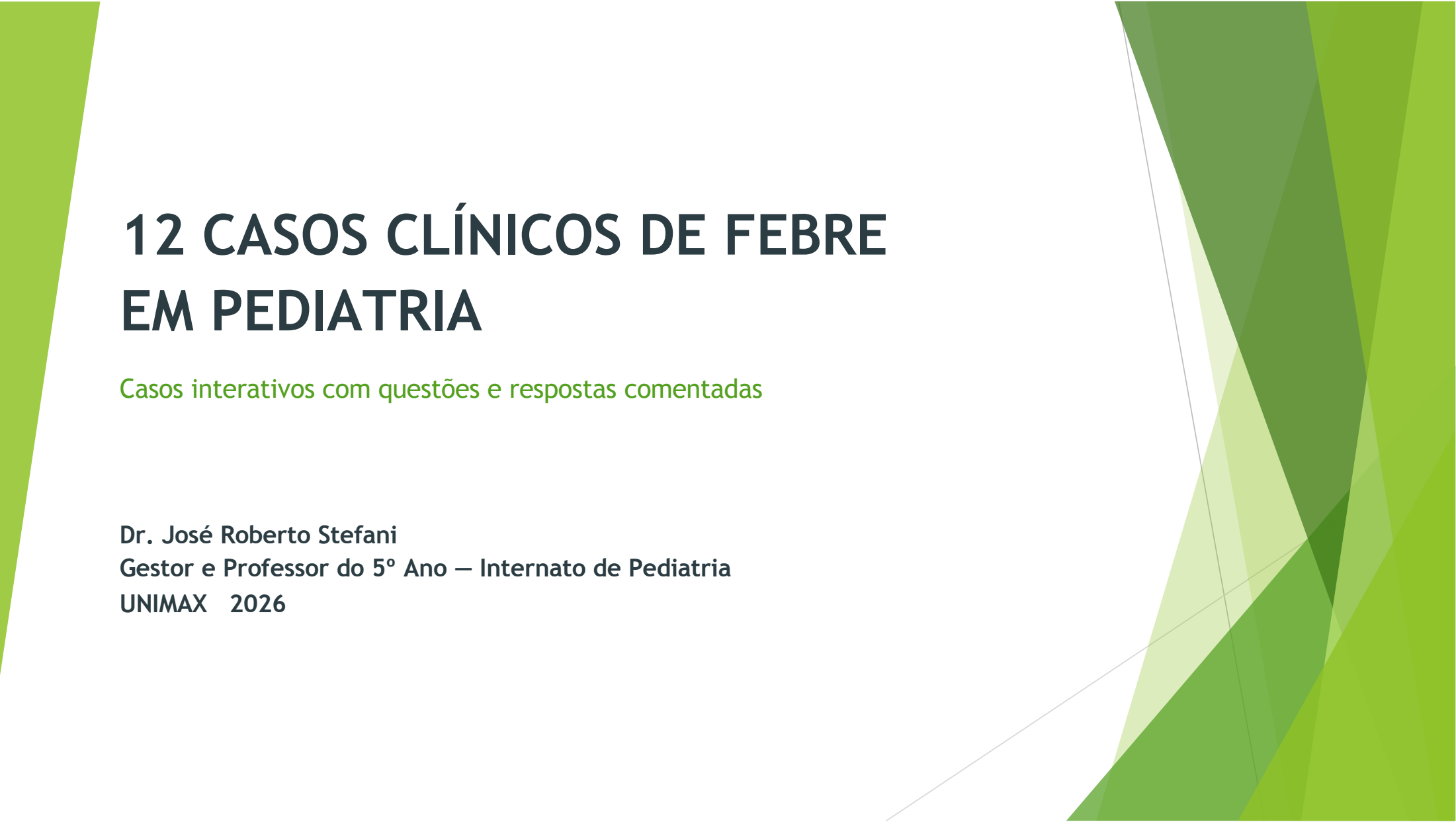




12 CASOS CLÍNICOS DE FEBRE EM PEDIATRIA

Casos interativos com questões e respostas comentadas

Dr. José Roberto Stefani
Gestor e Professor do 5º Ano — Internato de Pediatria
UNIMAX 2026

CASO CLÍNICO 1

Lactente — 4 meses

Lactente masculino, 4 meses, previamente hígido, trazido pela mãe à UBS.

QUEIXA PRINCIPAL: “Está com febre desde ontem à noite.”

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

Mãe refere febre aferida de 38,4 °C (axilar) iniciada há cerca de 10 horas, com dois picos, respondendo bem ao paracetamol.

Recebeu ontem à tarde (há ~18 h) as vacinas dos 4 meses conforme o calendário vigente: pentavalente (ou hexavalente), VIP, pneumocócica conjugada e rotavírus.

Chora ao ser trocado e quando a mãe toca a coxa direita. Nos períodos afebris está ativo, sorri e mama bem.

Nega tosse, coriza, vômitos, diarreia ou exantema. Diurese normal (5–6 fraldas/dia).

ANTECEDENTES

RN a termo (39 sem), PN 3.250 g, sem intercorrências neonatais. Aleitamento materno exclusivo. Vacinas em dia. Nunca internou. Sem alergias.

CASO 1 • EXAME FÍSICO

Lactente — 4 meses

SINAIS VITAIS T 38,2 °C • FC 140 bpm • FR 40 irpm • SatO₂ 99% em AA • TEC < 2 s • Peso 6,8 kg

Geral: BEG, ativo e reativo, corado, hidratado, sorridente ao exame, choro forte e consolável.

Fontanela: Anterior normotensa, plana.

Oroscopia / Otoscopia: Sem alterações. Membranas timpânicas íntegras e perláceas.

Cardiopulmonar: MV presente e simétrico, sem ruídos adventícios. BRNF sem sopros.

Abdome: Flácido, indolor, sem visceromegalias.

Pele: Sem exantemas. Em face ântero-lateral da coxa direita: área de ~2 cm de hiperemia, discreto edema e dor à palpação, sem flutuação, sem calor intenso, sem linfangite.

Neurológico: Sem sinais meníngeos. Tônus e reflexos adequados para a idade.

CASO 1 • QUESTÕES

1. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- A) Febre sem sinais localizatórios de alto risco, exigindo investigação completa
- B) Reação vacinal sistêmica (febre) com reação local no sítio de injeção
- C) Abscesso no local da injeção
- D) Infecção do trato urinário febril

2. Quais exames complementares você solicitaria agora?

- A) Hemograma, PCR, hemocultura, EAS + urocultura e líquido
- B) Apenas EAS e urocultura por cateterismo vesical
- C) Nenhum exame no momento — observação clínica com reavaliação programada
- D) Radiografia de tórax e hemograma

3. Qual a orientação correta à mãe?

- A) Antitérmico se desconforto, manter aleitamento, compressa fria no local e retorno se febre > 48 h ou sinais de alarme
- B) Iniciar cefalexina para prevenir infecção do sítio de injeção
- C) Contraindicar definitivamente as próximas doses da pentavalente
- D) Prescrever paracetamol profilático antes de todas as próximas vacinas

CASO 1 • RESPOSTAS COMENTADAS

QUESTÃO 1 — GABARITO B ✓ Reação vacinal (febre pós-vacinal) com reação local

Febre iniciada nas primeiras 24–48 h após vacinas INATIVADAS (pentavalente/hexavalente e pneumocócica), em lactente com excelente estado geral, sem toxemia, com foco local evidente no sítio de injeção. É a causa mais provável e ocorre em 30–50% das crianças após a pentavalente.

Por que as outras estão erradas:

- ✗ **A)** A criança tem 4 meses (fora da faixa de maior risco, < 3 meses) e NÃO está sem sinais localizatórios — há reação local e antecedente vacinal claro. Além disso, está em ótimo estado geral.
- ✗ **C)** Abscesso cursa com flutuação, calor intenso, dor desproporcional e evolução progressiva após 48–72 h, não em 18 h.
- ✗ **D)** ITU é possível em qualquer lactente febril, mas aqui há explicação temporal e um foco identificado. Deve ser lembrada se a febre persistir além de 48 h.

QUESTÃO 2 — GABARITO C ✓ Nenhum exame agora — observação e reavaliação

Lactente > 3 meses, vacinado, com bom estado geral e causa provável identificada: conduta expectante com reavaliação em 24–48 h. Investigar apenas se a febre ultrapassar 48 h da vacina, se surgirem novos sinais ou se houver piora do estado geral.

Por que as outras estão erradas:

- ✗ **A)** Investigação completa com líquido é reservada a lactentes toxemiados ou < 28 dias de vida.
- ✗ **B)** Coleta invasiva sem indicação neste momento; seria a escolha se a febre persistisse sem foco.
- ✗ **D)** Não há taquipneia, hipoxemia, tiragem ou achado auscultatório — radiografia sem indicação.

CASO 1 • RESPOSTAS COMENTADAS

continuação

QUESTÃO 3 — GABARITO A ✓ Sintomáticos, compressa fria e sinais de alarme

Antitérmico apenas se desconforto ou febre (paracetamol 10–15 mg/kg/dose 6/6 h ou dipirona 10–15 mg/kg/dose), manutenção do aleitamento, compressa fria no local e orientação clara dos sinais de alarme: febre além de 48 h, prostração, recusa alimentar, gemência, vômitos, exantema petequial.

Por que as outras estão erradas:

X B) Reação local vacinal é inflamatória, não infecciosa — antibiótico não tem papel.

X C) Febre e reação local NÃO contraindicam doses subsequentes. Contraindicações reais: anafilaxia à dose anterior e encefalopatia até 7 dias (para o componente pertussis).

X D) O uso profilático de antitérmico antes da vacina reduz a resposta de anticorpos e não é recomendado de rotina — usar apenas se sintomas.

CASO 1 · PONTOS-CHAVE

Lactente — 4 meses · Febre após vacinação

- 1 Febre é temperatura axilar $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ (ou retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$) — e é sintoma, não doença.
- 2 Vacinas INATIVADAS: febre nas primeiras 24–48 h. Vacinas de VÍRUS VIVO (tríplice viral, febre amarela): febre entre o 5º e o 12º dia.
- 3 Febre pós-vacinal NÃO blind a criança contra infecção: se durar > 48 h ou houver toxemia, investigue.
- 4 O que mais importa na avaliação do lactente febril não é o valor da temperatura, e sim o ESTADO GERAL (aspecto toxêmico).

CASO CLÍNICO 2

Lactente — 18 meses · Febre alta, crise convulsiva e exantema no 4º dia

Menina, 18 meses, trazida ao pronto-socorro pelos pais, muito assustados.

QUEIXA PRINCIPAL: “Ela teve uma convulsão durante a febre.”

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

Febre alta (até 39,5 °C axilar) há 3 dias, com irritabilidade e redução do apetite, sem tosse, coriza, vômitos ou diarreia.

Há 6 horas, durante pico febril, apresentou movimentos tônico-clônicos generalizados, com revulsão ocular, duração aproximada de 2 minutos, cessando espontaneamente. Ficou sonolenta por ~10 minutos e depois voltou ao normal, sem déficits.

Foi episódio único. Hoje pela manhã a febre cedeu e, algumas horas depois, surgiu exantema róseo em tronco e pescoço.

Frequenta creche. Aceita líquidos bem, diurese preservada.

ANTECEDENTES

DNPM adequado, vacinas em dia, sem crises convulsivas prévias, sem internações. Tio materno com história de convulsão febril na infância.

CASO 2 • EXAME FÍSICO

Lactente — 18 meses · Febre alta, crise convulsiva e exantema no 4º dia

SINAIS VITAIS T 37,2 °C · FC 120 bpm · FR 28 irpm · SatO₂ 98% em AA · TEC < 2 s · Glasgow 15

Geral: BEG, ativa, sorridente, brinca na sala de espera, hidratada, corada.

Pele: Exantema maculopapular róseo, não pruriginoso, de 2–3 mm, em tronco e pescoço, poupando face e extremidades, que desaparece à digitopressão. Sem petéquias.

Oroscopia: Discretas máculas eritematosas em palato mole e úvula (manchas de Nagayama). Sem exsudato.

Linfonodos: Gânglios occipitais e cervicais posteriores discretamente aumentados, móveis, indolores.

Neurológico: Fontanela fechada. Sem rigidez de nuca, Brudzinski e Kernig negativos. Sem déficits focais. Marcha normal.

Demais aparelhos: Sem alterações.

CASO 2 • QUESTÕES

1. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- A) Sarampo
- B) Exantema súbito (roséola) por herpes-vírus humano 6, com crise febril simples
- C) Escarlatina
- D) Meningite viral com exantema

2. Qual a investigação indicada para a crise convulsiva?

- A) Tomografia de crânio e eletroencefalograma antes da alta
- B) Punção lombar obrigatória para todo lactente com crise febril
- C) Nenhum exame de rotina — diagnóstico clínico, observação e orientação
- D) Ressonância magnética de encéfalo ambulatorial

3. O que orientar aos pais sobre o prognóstico e o manejo?

- A) Uso contínuo de fenobarbital para prevenir novas crises
- B) Antitérmico em horário fixo previne a recorrência da crise
- C) Risco de recorrência ~30%, risco de epilepsia pouco aumentado; orientar manejo domiciliar da crise
- D) A criança tem epilepsia e deve ser encaminhada com urgência ao neurologista

CASO 2 • RESPOSTAS COMENTADAS

QUESTÃO 1 — GABARITO B ✓ Exantema súbito (roséola infantum — HHV-6) + crise febril simples

A tríade clássica: febre alta por 3–5 dias em criança com bom estado geral, DESAPARECIMENTO da febre e SURGIMENTO do exantema logo em seguida (“febre que sai e mancha que entra”), exantema róseo centrípeto poupando face e extremidades, adenopatia occipital e manchas de Nagayama. É a principal causa de crise febril em lactentes.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** No sarampo a febre PIORA quando o exantema aparece; há a tríade catarral (tosse, coriza e conjuntivite), manchas de Koplik e exantema morbiliforme craniocaudal com criança em mau estado geral.
- X C)** Escarlatina: exantema micropapular áspero (“lixa”), sinal de Pastia e Filatov, língua em framboesa, faringite com exsudato — geralmente > 3 anos.
- X D)** Não há rigidez de nuca, alteração do sensório ou toxemia; a criança está em ótimo estado geral e retornou ao basal.

QUESTÃO 2 — GABARITO C ✓ Crise febril SIMPLES — não exige exames de rotina

Critérios de crise febril simples, todos presentes: idade entre 6 meses e 5 anos, crise GENERALIZADA, duração < 15 min, episódio ÚNICO em 24 h, sem déficit pós-ictal e sem infecção do SNC. Nesse cenário não se indica EEG, neuroimagem, hemograma ou eletrólitos de rotina — a investigação é dirigida à CAUSA DA FEBRE.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** EEG e TC não alteram conduta nem predizem recorrência na crise febril simples e expõem a criança a radiação/sedação.

CASO 2 • RESPOSTAS COMENTADAS

continuação

X B) Punção lombar deve ser CONSIDERADA se: sinais meníngeos, criança toxemiada, menores de 6 meses (e ponderada dos 6 aos 12 meses, sobretudo com vacinação incompleta para Hib e pneumococo), crise complexa, recuperação lenta do sensorio ou uso prévio de antibiótico mascarando o quadro. Nada disso está presente.

X D) Reservada para crises focais, déficits persistentes ou alterações do exame neurológico.

QUESTÃO 3 — GABARITO C ✓ Orientação e reasseguramento

Recorrência em cerca de 30% (maior se < 12 meses, história familiar, febre baixa no momento da crise e curto intervalo febre–crise). O risco de epilepsia sobe apenas de ~1% para 1–2%. Orientar: deitar de lado, não conter, não colocar nada na boca, cronometrar e procurar serviço de saúde se durar mais de 5 minutos.

Por que as outras estão erradas:

X A) Anticonvulsivante contínuo não está indicado — os efeitos adversos superam o benefício.

X B) Estudos mostram que antitérmico em esquema fixo NÃO previne recorrência da crise febril; usar para conforto.

X D) Crise febril simples não é epilepsia e não indica encaminhamento de urgência.

CASO 2 · PONTOS-CHAVE

Lactente — 18 meses · Febre alta, crise convulsiva e exantema no 4º dia

1

Crise febril simples: 6 meses–5 anos · generalizada · < 15 min · única em 24 h · sem déficit · sem infecção do SNC.

2

Crise febril COMPLEXA (focal, > 15 min, repetida em 24 h ou com déficit) exige investigação e maior vigilância.

3

Exantema súbito: a febre cede ANTES de o exantema aparecer — o contrário do sarampo.

4

Em crise convulsiva febril, o alvo da investigação é a origem da febre, não o cérebro.

CASO CLÍNICO 3

Pré-escolar — 3 anos · Febre, recusa alimentar e lesões na boca

Pré-escolar masculino, 3 anos, frequentador de creche, levado pela avó.

QUEIXA PRINCIPAL: “Está com feridas na boca e não quer comer.”

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

Febre de até 38,9 °C há 2 dias, com boa resposta ao antitérmico.

Desde ontem apresenta dor à deglutição, sialorreia e recusa de alimentos sólidos, mas aceita líquidos gelados e sorvete.

Hoje a avó notou “bolhinhas” nas mãos e nos pés. Nega tosse, coriza, vômitos ou diarreia.

Há outras três crianças da mesma turma da creche com quadro semelhante na última semana.

ANTECEDENTES

Hígido, vacinas em dia (incluindo varicela), sem alergias, sem internações prévias.



CASO 3 • EXAME FÍSICO

Pré-escolar — 3 anos • Febre, recusa alimentar e lesões na boca

SINAIS VITAIS T 38,5 °C • FC 118 bpm • FR 24 irpm • SatO₂ 99% em AA • TEC < 2 s • Peso 14 kg

Geral: BEG, ativo, interage, hidratado — mucosas úmidas, lágrimas presentes, diurese preservada (relato de 4 micções hoje).

Oroscopia: Vesículas e úlceras rasas de 2–4 mm, com halo eritematoso, em pilares amigdalianos, palato mole e úvula. GENGIVAS E LÍNGUA ANTERIOR POUPADAS. Sem exsudato purulento e sem halitose.

Pele: Máculas e vesículas ovaladas, acinzentadas, não pruriginosas, em palmas, plantas, região perioral e nádegas.

Pescoço: Pequenos gânglios cervicais anteriores, móveis, pouco dolorosos.

Demais aparelhos: Cardiopulmonar e abdome sem alterações. Sem sinais meníngeos.

CASO 3 • QUESTÕES

1. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Gengivoestomatite herpética primária (HSV-1)
- B) Faringotonsilite estreptocócica
- C) Doença mão-pé-boca (Coxsackievírus A16 / enterovírus)
- D) Varicela

2. Qual conduta diagnóstica é a mais adequada?

- A) Teste rápido para estreptococo e cultura de orofaringe
- B) Diagnóstico clínico — nenhum exame complementar necessário
- C) Sorologia para enterovírus e PCR viral em swab de orofaringe
- D) Hemograma, PCR e hemocultura

3. Qual o tratamento e orientação corretos?

- A) Analgesia, líquidos frios, dieta pastosa gelada e vigilância de sinais de desidratação
- B) Amoxicilina 50 mg/kg/dia por 10 dias
- C) Aciclovir oral por 7 dias
- D) Lidocaína viscosa em bochechos antes das refeições

CASO 3 • RESPOSTAS COMENTADAS

QUESTÃO 1 — GABARITO C ✓ Doença mão-pé-boca (enterovírus, tipicamente Coxsackie A16)

A distribuição das lesões fecha o diagnóstico: enantema POSTERIOR (pilares, palato mole, úvula) POUPANDO gengiva e língua anterior, associado a exantema vesicular em mãos, pés, região perioral e nádegas, em criança de creche com surto na turma. Febre baixa a moderada, autolimitada em 7–10 dias.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** Na gengivoestomatite herpética as lesões são ANTERIORES — gengivite intensa com sangramento, língua e lábios —, há halitose marcante, febre alta prolongada e maior risco de desidratação. Não acomete mãos e pés.
- X B)** Faringotonsilite estreptocócica não cursa com vesículas: dá exsudato, petéquias no palato, adenomegalia cervical anterior dolorosa e não acomete mãos e pés.
- X D)** Na varicela as lesões são polimorfas (mácula → pápula → vesícula → crosta), pruriginosas, de distribuição centrípeta com acometimento do couro cabeludo — e a criança é vacinada.

QUESTÃO 2 — GABARITO B ✓ Diagnóstico clínico

Quadro clínico e epidemiológico é suficiente. Exames laboratoriais não mudam a conduta em caso típico e sem sinais de gravidade.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** Não há critérios para faringite estreptocócica (presença de vesículas praticamente exclui). Testar aqui gera antibiótico desnecessário — e até 15% das crianças são PORTADORAS assintomáticas de *S. pyogenes*.
- X C)** PCR viral é reservada a casos graves, complicados ou de investigação de surto pela vigilância epidemiológica.
- X D)** Sem toxemia ou sinais de infecção bacteriana grave, não há indicação.

CASO 3 • RESPOSTAS COMENTADAS

continuação

QUESTÃO 3 — GABARITO A ✓ Suporte: analgesia e hidratação

O objetivo é manter a hidratação vencendo a dor: paracetamol ou dipirona (10–15 mg/kg/dose) ou ibuprofeno (5–10 mg/kg/dose), líquidos gelados, gelatina, sorvete, dieta pastosa fria; evitar cítricos, salgados e alimentos quentes. Afastamento da creche enquanto houver febre. Retornar se recusa total de líquidos, redução da diurese, letargia ou febre > 5 dias.

Por que as outras estão erradas:

- X B)** Etiologia viral — antibiótico não tem qualquer papel.
- X C)** Aciclovir seria discutido na gengivoestomatite herpética grave nas primeiras 72–96 h, não aqui.
- X D)** Anestésicos tópicos viscosos devem ser evitados em crianças pequenas: risco de toxicidade sistêmica, engasgo e trauma por anestesia da orofaringe.

CASO 3 • PONTOS-CHAVE

Pré-escolar — 3 anos · Febre, recusa alimentar e lesões na boca

- 1 Lesões POSTERIORES na boca + mãos/pés/nádegas = enterovírus. Lesões ANTERIORES com gengivite = herpes.
- 2 A principal complicação é a DESIDRATAÇÃO por recusa de líquidos — analgesia é o tratamento que hidrata.
- 3 Enterovírus A71 pode cursar com meningoencefalite, ataxia e miocardite: atenção a letargia, mioclonias e ataxia.
- 4 Onicomadese (queda das unhas) e descamação de dedos 3–8 semanas depois são achados tardios benignos.

CASO CLÍNICO 4

Adolescente — 14 anos · Febre prolongada, odinofagia e exantema após amoxicilina

Adolescente feminina, 14 anos, estudante, acompanhada pela mãe.

QUEIXA PRINCIPAL: “Já são 10 dias de febre e agora apareceu uma alergia.”

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

Febre há 10 dias, até 38,8 °C, acompanhada de odinofagia intensa, cefaleia e fadiga desproporcional — deixou de ir à escola e dorme grande parte do dia.

Há 4 dias recebeu amoxicilina por diagnóstico de “amigdalite bacteriana” em outro serviço, sem melhora.

Há 1 dia surgiu exantema maculopapular difuso, discretamente pruriginoso, em tronco e membros.

Nega tosse, coriza, dispneia, artralgia ou perda de peso significativa. Nega uso de outras medicações e atividade sexual.

ANTECEDENTES

Hígida, vacinas em dia, sem alergias medicamentosas conhecidas. Joga handebol na escola.

CASO 4 • EXAME FÍSICO

Adolescente — 14 anos • Febre prolongada, odinofagia e exantema após amoxicilina

SINAIS VITAIS T 38,3 °C • FC 96 bpm • FR 18 irpm • PA 105×65 mmHg • SatO₂ 98% em AA

Geral: REG, fâcies de cansaço, corada, hidratada, sem sinais de toxemia.

Cabeça e pescoço: Edema palpebral bilateral (sinal de Hoagland). Adenomegalia cervical POSTERIOR volumosa e simétrica, além de gânglios axilares e inguinais palpáveis.

Oroscopia: Amígdalas hipertróficas (III/IV) com exsudato branco-acinzentado espesso, petéquias no palato mole.

Pele: Exantema maculopapular difuso em tronco e membros, poupando palmas e plantas.

Abdome: Fígado palpável a 2 cm do RCD; BAÇO PALPÁVEL A 3 cm do rebordo costal esquerdo, indolor.

Exames iniciais: Leucócitos 16.400/mm³ com 62% linfócitos e 14% linfócitos atípicos; plaquetas 148.000; TGO 96 / TGP 120 U/L; PCR 28 mg/L.

CASO 4 • QUESTÕES

1. Qual a principal hipótese diagnóstica?

- A) Alergia à amoxicilina (exantema medicamentoso)
- B) Faringotonsilite estreptocócica com escarlatina
- C) Mononucleose infecciosa (vírus Epstein-Barr)
- D) Infecção aguda pelo HIV

2. Qual conjunto de exames melhor confirma a hipótese?

- A) Teste rápido para estreptococo e cultura de orofaringe
- B) Sorologia para EBV (anti-VCA IgM/IgG e anti-EBNA), hemograma e transaminases
- C) Hemocultura e proteína C reativa seriadas
- D) Mielograma

3. Qual a orientação mais importante nesta consulta?

- A) Corticoide oral por 7 dias para todos os casos
- B) Trocar a amoxicilina por azitromicina
- C) Suspender esportes de contato por 3–4 semanas, até resolução da esplenomegalia
- D) Registrar alergia à penicilina em prontuário e evitá-la para sempre



CASO 4 • RESPOSTAS COMENTADAS

QUESTÃO 1 — GABARITO C ✓ Mononucleose infecciosa (EBV)

Febre prolongada + faringite exsudativa + adenomegalia CERVICAL POSTERIOR e generalizada + fadiga intensa + hepatoesplenomegalia + linfocitose com > 10% de linfócitos atípicos + transaminases elevadas. O exantema após aminopenicilina em paciente com EBV é um achado quase característico (ocorre em 30–90% dos casos).

Por que as outras estão erradas:

- X A)** O rash induzido por aminopenicilina na mononucleose NÃO é alergia mediada por IgE — é uma reação imunológica transitória. Rotular a paciente como alérgica à penicilina traria prejuízo por toda a vida.
- X B)** A escarlatina tem exantema micropapular em lixa com descamação, sinal de Pastia, adenomegalia cervical ANTERIOR e não cursa com esplenomegalia, linfócitos atípicos ou hepatite.
- X D)** A síndrome retroviral aguda é um diferencial legítimo (“mononucleose-like”) e deve ser afastada quando houver exposição de risco — aqui a epidemiologia não sustenta, mas em adolescentes a anamnese sexual é obrigatória e em confidencialidade.

QUESTÃO 2 — GABARITO B ✓ Sorologia para EBV + hemograma + transaminases

Anti-VCA IgM positivo com anti-EBNA negativo define infecção aguda (o anti-EBNA só aparece após 6–8 semanas). O monoteste (anticorpos heterófilos) é útil, porém tem baixa sensibilidade em menores de 4 anos e nas primeiras semanas.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** Pode vir positivo por estado de PORTADOR e levar a antibioticoterapia equivocada — a armadilha que gerou o rash desta paciente.
- X C)** Não há sinais de bacteriemia ou toxemia.

CASO 4 • RESPOSTAS COMENTADAS

continuação

X D) Linfócitos atípicos na mononucleose são reativos; mielograma só se houver citopenias progressivas, blastos ou dúvida de neoplasia.

QUESTÃO 3 — GABARITO C ✓ Restrição de esportes de contato

A ruptura esplênica é a complicação mais temida (< 0,5%, porém potencialmente fatal) e ocorre sobretudo nas primeiras 3–4 semanas. Suspender handebol e educação física por no mínimo 3–4 semanas do início dos sintomas e até a resolução clínica da esplenomegalia. Tratamento é de suporte: hidratação, analgesia e repouso relativo.

Por que as outras estão erradas:

X A) Corticoide é reservado a complicações: obstrução de via aérea por hipertrofia amigdaliana, anemia hemolítica autoimune ou trombocitopenia grave.

X B) Não há infecção bacteriana a tratar — o antibiótico deve ser SUSPENSO, não trocado.

X D) Ver comentário da questão 1: não é alergia verdadeira; rotular gera restrição desnecessária a antibióticos de primeira linha.

CASO 4 • PONTOS-CHAVE

Adolescente — 14 anos · Febre prolongada, odinofagia e exantema após amoxicilina

- 1 Faringite exsudativa + adenomegalia cervical POSTERIOR + fadiga + esplenomegalia = pense em EBV, não em estreptococo.
- 2 Exantema após amoxicilina em quadro de faringite prolongada: até prova em contrário, é mononucleose — não é alergia.
- 3 Sempre palpe o baço no adolescente com febre prolongada — a conduta esportiva depende disso.
- 4 Febre pode durar 2 semanas e a fadiga, meses; oriente a família sobre a evolução arrastada e benigna.

CASO CLÍNICO 5

Lactente — 9 meses · Febre sem sinais localizatórios (FSSL)

Lactente feminina, 9 meses, previamente hígida, trazida ao pronto-socorro.

QUEIXA PRINCIPAL: “Febre alta há dois dias e não acho nada nela.”

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

Febre há 48 horas, aferida até 39,2 °C axilar, com 4 a 5 picos diários e resposta parcial ao antitérmico — volta a subir em 4 horas.

Irritabilidade nos picos febris, hiporexia e dois episódios de vômitos alimentares ontem.

Nega tosse, coriza, dispneia, diarreia, exantema ou dor de ouvido. Mãe refere que a urina está com odor forte há dois dias.

Diurese aparentemente reduzida (3 fraldas hoje). Aceita líquidos.

ANTECEDENTES

RN a termo, sem intercorrências. Vacinas em dia (incluindo pneumocócica e meningocócica C). Sem malformações conhecidas. Sem ultrassonografia gestacional alterada. Primeiro episódio de febre da vida.

CASO 5 • EXAME FÍSICO

Lactente — 9 meses • Febre sem sinais localizatórios (FSSL)

SINAIS VITAIS T 38,9 °C • FC 150 bpm • FR 32 irpm • SatO₂ 98% em AA • TEC < 2 s • Peso 8,6 kg

Geral: REG durante o pico febril, irritada mas consolável no colo; após antitérmico fica ativa e sorri. Corada, hidratada, sem exantema.

Fontanela: Anterior normotensa.

Oroscopia / Otoscopia: Sem alterações. Membranas timpânicas normais bilateralmente.

Respiratório: Eupneica, MV presente e simétrico, sem ruídos adventícios, sem tiragem.

Cardiovascular: BRNF, sem sopros. Pulsos cheios e simétricos.

Abdome: Flácido, depressível, sem massas ou visceromegalias. Choro à palpação profunda, inespecífico nesta idade.

Genitália / Pele: Genitália externa sem sinéquias ou secreções. Pele sem lesões. Sem sinais meníngeos.

Conclusão do exame: NENHUM FOCO IDENTIFICÁVEL ao exame → Febre Sem Sinais Localizatórios (FSSL).

CASO 5 • QUESTÕES

Discuta em duplas antes de revelar o gabarito

1. Qual a infecção bacteriana grave mais provável nesta criança?

- A) Bacteremia oculta
- B) Pneumonia oculta
- C) Infecção do trato urinário
- D) Meningite bacteriana

2. Como coletar a urina para cultura nesta lactente?

- A) Saco coletor, por ser o método menos invasivo
- B) Cateterismo vesical (ou punção suprapúbica) — método estéril
- C) Jato médio, com auxílio da mãe
- D) Não é necessária cultura se o EAS estiver alterado

3. Confirmada a ITU febril, qual a conduta correta?

- A) Nitrofurantoína VO por 5 dias e alta
- B) Fosfomicina em dose única
- C) Antibiótico por 7–10 dias e ultrassonografia de rins e vias urinárias
- D) Antibiótico por 3 dias e uretrocistografia miccional para todos



CASO 5 • RESPOSTAS COMENTADAS

QUESTÃO 1 — GABARITO C ✓ Infecção do trato urinário

A ITU é a infecção bacteriana grave MAIS FREQUENTE na FSSL, respondendo por 5–8% dos lactentes febris sem foco — e a proporção sobe em meninas menores de 24 meses, meninos não circuncidados menores de 12 meses e febre $\geq 39^\circ\text{C}$ por mais de 48 h, exatamente o perfil desta paciente.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** A bacteremia oculta tornou-se rara ($< 1\%$) na era pós-vacinal contra pneumococo e Haemophilus influenzae tipo b.
- X B)** Pneumonia oculta é considerada quando há febre alta persistente com leucitose > 20.000 SEM sintomas respiratórios; aqui não há taquipneia nem hipoxemia.
- X D)** Meningite cursaria com toxemia, alteração do sensório, abaulamento de fontanela ou irritabilidade paradoxal — ausentes; a criança melhora e brinca quando a febre cede.

QUESTÃO 2 — GABARITO B ✓ Cateterismo vesical (ou punção suprapúbica)

Em criança sem controle esfinteriano, a urocultura DEVE ser colhida por método estéril. Pontos de corte: ≥ 50.000 UFC/mL por cateterismo (alguns serviços aceitam ≥ 10.000 com EAS alterado) e qualquer crescimento de gram-negativo na punção suprapúbica.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** O saco coletor tem taxa de falso-positivo de 85% e só presta para EXCLUIR o diagnóstico quando o EAS vem normal — nunca para confirmar por cultura.
- X C)** Não aplicável nesta idade; jato médio é válido a partir do controle esfinteriano.
- X D)** O EAS (esterase leucocitária, nitrito, piúria) apenas sugere; a urocultura é indispensável para confirmar, identificar o agente e guiar o antibiótico.

CASO 5 • RESPOSTAS COMENTADAS

continuação

QUESTÃO 3 — GABARITO C ✓ Antibiótico por 7–10 dias + USG de rins e vias urinárias

ITU febril é tratada como pielonefrite: 7 a 10 dias de antibiótico. Via ORAL é adequada se a criança aceita e não está toxemiada (cefuroxima, cefalexina conforme perfil local, amoxicilina-clavulanato); via IV (ceftriaxona ou gentamicina) se vômitos incoercíveis, toxemia ou < 2 meses. A USG deve ser solicitada em todo primeiro episódio de ITU febril em menores de 2 anos.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** Nitrofurantoína NÃO atinge concentração adequada em parênquima renal e sangue — é contraindicada em ITU febril/pielonefrite.
- X B)** Fosfomicina em dose única serve para cistite não complicada em adolescentes/adultas, não para pielonefrite em lactente.
- X D)** Três dias é insuficiente. A uretrocistografia miccional NÃO é para todos: indica-se se USG alterada, ITU atípica (agente não-*E. coli*, sepse, má resposta em 48–72 h) ou ITU febril recorrente.

CASO 5 • PONTOS-CHAVE

Lactente — 9 meses · Febre sem sinais localizatórios (FSSL)

1

FSSL: febre < 7 dias sem foco após anamnese e exame físico detalhados — a ITU é o principal achado.

2

Colheu urina com saco coletor e veio “infecção”? Repita por método estéril antes de tratar 10 dias.

3

Agente mais comum: *E. coli* (~80%). Solicite sempre urocultura ANTES da primeira dose do antibiótico.

4

Reavalie em 48–72 h: ausência de melhora sugere agente resistente, obstrução ou abscesso renal.

CASO CLÍNICO 6

Pré-escolar — 4 anos · Febre e edema palpebral

Pré-escolar masculino, 4 anos, levado ao pronto atendimento pelo pai.

QUEIXA PRINCIPAL: “O olho dele amanheceu inchado e vermelho.”

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

Há 5 dias iniciou coriza, obstrução nasal e tosse; foi tratado com sintomáticos.

Há 36 horas a rinorreia tornou-se purulenta à direita e a febre reapareceu, atingindo 38,7 °C.

Hoje pela manhã, edema e hiperemia da pálpebra direita, com piora progressiva ao longo do dia.

Nega dor à movimentação do olho, visão dupla ou borrada. Nega trauma ou picada de inseto no local. Aceita alimentos e líquidos.

ANTECEDENTES

Hígido, vacinas em dia (incluindo Hib e pneumocócica), sem alergias, sem cirurgias.

CASO 6 • EXAME FÍSICO

Pré-escolar — 4 anos • Febre e edema palpebral

SINAIS VITAIS T 38,5 °C • FC 112 bpm • FR 22 irpm • SatO₂ 99% em AA • TEC < 2 s • Peso 17 kg

Geral: BEG, ativo, hidratado, sem toxemia, brinca durante o exame.

Olho direito: Edema e hiperemia de pálpebras superior e inferior, quentes e dolorosos à palpação. SEM proptose.

Avaliação ocular: Motricidade ocular extrínseca PRESERVADA e INDOLOR. Acuidade visual preservada. Pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem defeito pupilar aferente. Sem quemose. Conjuntiva sem secreção purulenta.

Nariz / Face: Rinorreia purulenta em narina direita. Dor discreta à palpação de região etmoidal/maxilar direita.

Pescoço: Pequenos gânglios submandibulares e cervicais anteriores à direita, móveis.

Demais aparelhos: Cardiopulmonar e abdome sem alterações. Sem sinais meníngeos.

CASO 6 • QUESTÕES

1. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Celulite orbitária (pós-septal)
- B) Celulite periorbitária (pré-septal), complicando rinossinusite aguda
- C) Conjuntivite bacteriana
- D) Edema alérgico palpebral

2. Qual achado do exame físico MAIS indicaria tomografia de órbitas e seios da face?

- A) Febre acima de 38,5 °C
- B) Rinorreia purulenta unilateral
- C) Dor à movimentação ocular, proptose ou alteração da acuidade visual
- D) Edema palpebral que fecha a fenda ocular

3. Qual a conduta terapêutica mais adequada neste caso?

- A) Amoxicilina-clavulanato VO por 7–10 dias com reavaliação obrigatória em 24–48 h
- B) Colírio de antibiótico e compressas mornas
- C) Internação e ceftriaxona + oxacilina/clindamicina IV imediatamente
- D) Corticoide oral e anti-histamínico



CASO 6 • RESPOSTAS COMENTADAS

QUESTÃO 1 — GABARITO B ✓ Celulite pré-septal (periorbitária)

A infecção está ANTERIOR ao septo orbitário: edema e hiperemia palpebral com globo ocular absolutamente normal — motricidade preservada e indolor, sem proptose, acuidade visual e pupilas normais. O antecedente de rinossinusite aguda (piora após 5 dias de IVAS, com rinorreia purulenta) é a origem clássica.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** A celulite ORBITÁRIA (pós-septal) é reconhecida por PROPTOSE, OFTALMOPLÉGIA/dor à movimentação ocular, QUEMOSE, redução da acuidade visual ou alteração pupilar — nenhum presente. É emergência e exige internação, TC e antibiótico IV.
- X C)** Conjuntivite cursa com secreção purulenta e hiperemia conjuntival, não com edema palpebral doloroso e febre.
- X D)** Edema alérgico é bilateral ou pávido, indolor, pruriginoso e sem febre.

QUESTÃO 2 — GABARITO C ✓ Sinais de acometimento pós-septal

TC de órbitas e seios da face com contraste está indicada quando há: proptose, oftalmoplegia ou dor à movimentação ocular, alteração da acuidade visual ou pupilar, edema que impeça o exame do olho, toxemia, ausência de melhora após 24–48 h de antibiótico adequado, ou suspeita de abscesso subperiosteal/trombose de seio cavernoso.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** Febre isolada não define acometimento pós-septal.
- X B)** Rinorreia purulenta indica a origem sinusal, mas não determina a extensão da infecção.
- X D)** Edema intenso preocupa apenas quando IMPEDE avaliar motricidade, pupila e acuidade — aí a TC entra justamente para suprir o exame.

CASO 6 • RESPOSTAS COMENTADAS

continuação

QUESTÃO 3 — GABARITO A ✓ Antibiótico oral com reavaliação em 24–48 h

Criança > 1 ano, sem toxemia, vacinada, com exame ocular normal e família confiável: tratamento ambulatorial com amoxicilina-clavulanato em DOSE ALTA (80–90 mg/kg/dia do componente amoxicilina, 12/12 h) por 7–10 dias, cobrindo *S. pneumoniae*, *H. influenzae* não tipável, *M. catarrhalis*, *S. aureus* metilino-sensível e *S. pyogenes*. Se houver suspeita de MRSA (abscesso, porta de entrada cutânea, colonização), associar clindamicina ou sulfametoxazol-trimetoprim. Reavaliação em 24–48 h é OBRIGATÓRIA.

Por que as outras estão erradas:

- X B) Tratamento tópico não trata infecção de partes moles nem a sinusite subjacente.
- X C) Internação com antibiótico IV fica reservada a: menores de 1 ano, toxemia, imunossupressão, suspeita pós-septal, falha do tratamento oral ou impossibilidade de seguimento.
- X D) Não é quadro alérgico; corticoide isolado retardaria o tratamento de uma infecção bacteriana.

CASO 6 • PONTOS-CHAVE

Pré-escolar — 4 anos · Febre e edema palpebral

1

A pergunta que separa o benigno do grave é uma só: COMO ESTÁ O GLOBO OCULAR? Motricidade, pupila, acuidade e proptose.

2

Pré-septal = pálpebra. Pós-septal (orbitária) = órbita → internação, TC e antibiótico IV, com avaliação de oftalmo e otorrino.

3

A etmoidite é a origem mais comum da celulite orbitária na criança — a lâmina papirácea é fina como papel.

4

Sem melhora em 48 h de antibiótico oral: reavalie o diagnóstico e considere imagem e internação.

CASO CLÍNICO 7

Escolar — 6 anos · Febre alta, mialgia e petéquias em área endêmica

Escolar feminina, 6 anos, moradora de área endêmica, em período de epidemia de dengue.

QUEIXA PRINCIPAL: “Febre há três dias e agora apareceram pintinhas vermelhas nas pernas.”

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

Febre de início súbito há 3 dias, até 39,3 °C, associada a cefaleia com dor retro-orbitária, mialgia intensa, prostração e hiporexia.

Ontem surgiu exantema maculopapular em tronco e membros, discretamente pruriginoso.

Hoje a mãe notou petéquias espontâneas em membros inferiores.

NEGA dor abdominal intensa, vômitos persistentes, sangramento de mucosas, sonolência, tontura ao levantar. Está aceitando líquidos e urinando normalmente.

Um vizinho e um colega de escola com dengue confirmada na última semana.

ANTECEDENTES

Hígida, sem comorbidades, sem uso de medicações, vacinas em dia. Sem episódio prévio de dengue conhecido.

CASO 7 • EXAME FÍSICO

Escolar — 6 anos • Febre alta, mialgia e petéquias em área endêmica

SINAIS VITAIS T 38,6 °C • FC 110 bpm • FR 22 irpm • PA 100×60 mmHg (normal p/ idade) • TEC 2 s • Peso 21 kg

Geral: REG/BEG, com mal-estar e adinamia, porém lúcida e contactuante (sem letargia), corada, hidratada, sem sinais de choque.

Pele: Exantema maculopapular difuso; petéquias espontâneas em ambos os membros inferiores. PROVA DO LAÇO POSITIVA (18 petéquias no quadrado de 2,5 × 2,5 cm).

Cardiovascular: Pulsos cheios e simétricos, extremidades quentes, PA e pressão de pulso normais.

Abdome: Flácido, INDOLOR à palpação. Fígado NÃO palpável. Sem ascite.

Respiratório: MV presente e simétrico, sem derrame.

Neurológico: Lúcida, orientada, sem letargia ou irritabilidade anormal. Sem sinais meníngeos.

CASO 7 • QUESTÕES

1. Segundo o Ministério da Saúde, em qual grupo de risco esta criança se enquadra?

- A) Grupo A
- B) Grupo B
- C) Grupo C
- D) Grupo D

2. Qual a conduta imediata correta?

- A) Alta com sintomáticos e retorno se piora
- B) Hemograma completo, observação até o resultado e hidratação oral
- C) Internação com expansão volêmica 20 mL/kg em 20 minutos
- D) Hidratação venosa com 10 mL/kg de soro fisiológico em 1 hora

3. Qual prescrição está CORRETA para o controle sintomático?

- A) Ibuprofeno 10 mg/kg/dose de 8/8 h
- B) Ácido acetilsalicílico 10 mg/kg/dose
- C) Dipirona ou paracetamol VO, evitando AAS e anti-inflamatórios
- D) Diclofenaco intramuscular em dose única

CASO 7 • RESPOSTAS COMENTADAS

QUESTÃO 1 — GABARITO B ✓ Grupo B (verde — sangramento espontâneo de pele)

Caso suspeito de dengue SEM sinais de alarme, porém com SANGRAMENTO ESPONTÂNEO DE PELE (petéquias) e/ou prova do laço positiva, classifica-se como GRUPO B. A conduta é permanecer em observação em unidade de saúde até o resultado do hemograma.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** Grupo A é o caso suspeito sem sinais de alarme, sem sangramento espontâneo, sem prova do laço positiva, sem comorbidade e sem risco social — pode ir para casa com hidratação oral.
- X C)** Grupo C exige a presença de pelo menos UM sinal de alarme: dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos, hipotensão postural/lipotímia, hepatomegalia > 2 cm, sangramento de mucosa, letargia ou irritabilidade, aumento progressivo do hematócrito. Nada disso está presente.
- X D)** Grupo D é a dengue GRAVE: choque, sangramento grave ou disfunção orgânica importante.

QUESTÃO 2 — GABARITO B ✓ Hemograma + observação + hidratação oral

No Grupo B: coletar hemograma completo, manter a criança em observação até o resultado e iniciar hidratação ORAL com o volume de manutenção — em crianças: até 10 kg → 130 mL/kg/dia; 10 a 20 kg → 100 mL/kg/dia; acima de 20 kg → 80 mL/kg/dia, sendo 1/3 como soro de reidratação oral. Se o hematócrito estiver normal, alta com retorno diário para reavaliação até 48 h após a defervescência.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** Alta sem hemograma é conduta do Grupo A; aqui há sangramento espontâneo.
- X C)** Expansão rápida (20 mL/kg em até 20 min) é a conduta do Grupo D (choque).
- X D)** Expansão com 10 mL/kg de SF 0,9% em 1 hora, reavaliando e repetindo até 3 vezes, é a conduta do Grupo C — indicada apenas na presença de sinal de alarme.

CASO 7 • RESPOSTAS COMENTADAS

continuação

QUESTÃO 3 — GABARITO C ✓ Dipirona ou paracetamol — nunca AAS ou AINE

Paracetamol (10–15 mg/kg/dose, até 6/6 h) ou dipirona (10–15 mg/kg/dose). O AAS e os anti-inflamatórios não esteroidais estão CONTRAINDICADOS na suspeita de dengue por aumentarem o risco de sangramento e por associação do AAS com síndrome de Reye. Também se evita a via intramuscular pelo risco de hematoma.

Por que as outras estão erradas:

X A) Ibuprofeno é AINE — contraindicado.

X B) AAS é contraindicado — risco hemorrágico e síndrome de Reye.

X D) AINE, e por via IM: dupla contraindicação.

CASO 7 · PONTOS-CHAVE

Escolar — 6 anos · Febre alta, mialgia e petéquias em área endêmica

1

O perigo da dengue começa quando a FEBRE CEDE: a fase crítica é entre o 3º e o 7º dia (defervescência).

2

Prova do laço positiva em criança: ≥ 10 petéquias no quadrado de $2,5 \times 2,5$ cm (adultos: ≥ 20).

3

Todo Grupo B ganha hemograma e observação; toda alta sai com lista escrita de sinais de alarme e retorno diário.

4

Sinais de alarme: dor abdominal intensa · vômitos persistentes · letargia/irritabilidade · hepatomegalia > 2 cm · sangramento de mucosas · hipotensão postural · acúmulo de líquidos · aumento progressivo do hematócrito.

CASO CLÍNICO 8

Escolar — 9 anos · Febre arrastada e tosse seca persistente

Escolar masculino, 9 anos, trazido pela mãe à consulta ambulatorial.

QUEIXA PRINCIPAL: “Já são oito dias de febre e uma tosse que não passa.”

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

Início insidioso há 8 dias com febre moderada (37,9–38,4 °C), cefaleia, mal-estar e odinofagia leve.

A tosse começou seca e se tornou intensa e persistente, com acessos que atrapalham o sono; nos últimos dois dias tornou-se pouco produtiva.

Mantém-se ativo, vai à escola, alimenta-se razoavelmente. Nega dispneia, dor torácica intensa, calafrios ou toxemia.

Irmão de 12 anos com quadro semelhante há duas semanas; colegas da escola também adoeceram.

ANTECEDENTES

Hígido, vacinas em dia. Nega asma, sibilância prévia, perda de peso, sudorese noturna ou contato com tuberculose.

CASO 8 • EXAME FÍSICO

Escolar — 9 anos • Febre arrastada e tosse seca persistente

SINAIS VITAIS T 38,3 °C • FC 98 bpm • FR 26 irpm • SatO₂ 96% em AA • PA 100×60 mmHg • Peso 30 kg

Geral: BEG, corado, hidratado, eupneico, sem toxemia, conversa em frases completas.

Respiratório: Sem tiragem ou batimento de asa nasal. Discretos estertores finos e sibilos esparsos, difusos — achados auscultatórios DISCRETOS frente à intensidade da tosse e à extensão radiológica (dissociação clínico-radiológica).

Oroscopia / Otoscopia: Discreta hiperemia de orofaringe, sem exsudato. Membranas timpânicas normais.

Pele: Discreto exantema maculopapular em tronco, não pruriginoso.

Radiografia de tórax: Infiltrado intersticial retículo-nodular peri-hilar bilateral, sem consolidação lobar, sem derrame pleural.

Laboratório: Leucócitos 9.800/mm³ sem desvio; PCR 22 mg/L; hemoglobina 12,4 g/dL.

CASO 8 • QUESTÕES

1. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- A) Pneumonia bacteriana típica (*Streptococcus pneumoniae*)
- B) Pneumonia atípica por *Mycoplasma pneumoniae*
- C) Tuberculose pulmonar
- D) Crise de asma desencadeada por infecção viral

2. Qual conjunto de achados MAIS sustenta essa hipótese?

- A) Febre alta com calafrios, início súbito e consolidação lobar
- B) Idade > 5 anos, início insidioso, tosse arrastada, ausculta pobre e infiltrado intersticial bilateral
- C) Leucocitose > 20.000 com desvio à esquerda e PCR muito elevada
- D) Hipoxemia grave com tiragem subcostal e batimento de asa nasal

3. Qual o tratamento de escolha?

- A) Amoxicilina 50 mg/kg/dia por 7 dias
- B) Azitromicina 10 mg/kg no 1º dia e 5 mg/kg/dia do 2º ao 5º dia
- C) Ceftriaxona intravenosa com internação
- D) Apenas sintomáticos — o quadro é viral e autolimitado

CASO 8 • RESPOSTAS COMENTADAS

QUESTÃO 1 — GABARITO B ✓ Pneumonia atípica por *Mycoplasma pneumoniae*

O conjunto é típico: escolar > 5 anos, início INSIDIOSO, febre moderada arrastada, tosse seca persistente e progressiva, sintomas extrapulmonares (cefaleia, exantema), história de casos na família e na escola, ausculta com estertores difusos e sibilos, raio X com padrão INTERSTICIAL bilateral e laboratório pouco inflamatório. É a clássica “walking pneumonia”: a criança está doente há dias, mas continua andando.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** A pneumonia pneumocócica típica tem início ABRUPTO, febre alta com calafrio, toxemia, dor pleurítica, consolidação LOBAR, leucocitose importante com desvio e PCR alta.
- X C)** Tuberculose entra no diferencial de febre e tosse por mais de 2–3 semanas, sobretudo com perda de peso, sudorese noturna e contato com adulto bacilífero — ausentes aqui, mas o rastreio deve ser lembrado se não houver melhora.
- X D)** Há sibilos, mas o quadro é dominado por febre de 8 dias e infiltrado radiológico; sem antecedente de asma.

QUESTÃO 2 — GABARITO B ✓ Idade, curso insidioso, ausculta pobre e padrão intersticial

A dissociação clínico-radiológica — a criança parece melhor do que o raio X sugere — somada à idade escolar e ao curso arrastado é o que define o padrão atípico. Nenhum exame isolado confirma: o diagnóstico é clínico-epidemiológico. PCR para *M. pneumoniae* em amostra respiratória é o método mais acurado quando disponível; crioaglutininas têm baixa especificidade.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** Descreve a pneumonia típica.
- X C)** Padrão inflamatório de pneumonia bacteriana típica.

CASO 8 • RESPOSTAS COMENTADAS

continuação

X D) Descreve pneumonia GRAVE, com indicação de internação e oxigênio — o oposto deste caso.

QUESTÃO 3 — GABARITO B ✓ Macrolídeo

Azitromicina 10 mg/kg/dia no 1º dia (máx. 500 mg) e 5 mg/kg/dia por mais 4 dias, ou claritromicina 15 mg/kg/dia 12/12 h por 10 dias. Reavaliar em 48–72 h. Critérios de internação: hipoxemia ($\text{SatO}_2 < 92\%$), desconforto respiratório, desidratação, falha ambulatorial, derrame pleural ou comorbidade.

Por que as outras estão erradas:

X A) Mycoplasma NÃO tem parede celular — betalactâmicos são intrinsecamente ineficazes. Amoxicilina permanece a escolha para a PAC típica não grave.

X C) Não há critérios de gravidade nem de internação.

X D) Há febre há 8 dias com infiltrado e agente tratável; o macrolídeo encurta os sintomas e reduz a transmissão.

CASO 8 • PONTOS-CHAVE

Escolar — 9 anos • Febre arrastada e tosse seca persistente

- 1 Menor de 5 anos com febre alta e consolidação lobar → pneumococo → amoxicilina. Maior de 5 anos com tosse arrastada e infiltrado intersticial → Mycoplasma → macrolídeo.
- 2 Dissociação clínico-radiológica é a marca registrada da pneumonia atípica.
- 3 Manifestações extrapulmonares do Mycoplasma: exantema, eritema multiforme/Stevens-Johnson, anemia hemolítica, artralgia, Guillain-Barré.
- 4 Taquipneia é o sinal isolado mais sensível de pneumonia na criança (OMS: ≥ 60 irpm abaixo de 2 meses; ≥ 50 irpm dos 2 aos 11 meses; ≥ 40 irpm de 1 a 4 anos; acima de 5 anos, use ≥ 30 irpm como referência prática).

CASO CLÍNICO 9

Recém-nascido — 15 dias de vida · Febre no recém-nascido, com bom aspecto

Recém-nascido masculino, 15 dias de vida, trazido pelos pais ao pronto-socorro.

QUEIXA PRINCIPAL: “Medi a temperatura porque ele estava quentinho: deu 38,2 °C.”

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

Temperatura de 38,2 °C aferida em casa há 4 horas, confirmada em 38,3 °C (retal) na triagem.

Mãe refere que hoje mamou um pouco menos que o habitual e dormiu mais, mas “fora isso está bem”.

Nega tosse, coriza, dispneia, vômitos, diarreia, exantema, convulsão ou irritabilidade. Diurese e evacuações normais.

Nega contato com pessoas doentes; irmão de 3 anos frequenta creche e está com coriza.

ANTECEDENTES

Parto vaginal a termo (39 sem), PN 3.400 g, Apgar 9/10. Pré-natal completo; sorologias maternas negativas; pesquisa de estreptococo do grupo B NÃO REALIZADA. Bolsa rota 6 h. Alta com 48 h de vida. Aleitamento materno exclusivo. Sem antecedente materno de herpes genital.

CASO 9 • EXAME FÍSICO

Recém-nascido — 15 dias de vida • Febre no recém-nascido, com bom aspecto

SINAIS VITAIS T 38,3 °C (retal) • FC 160 bpm • FR 48 irpm • SatO₂ 98% em AA • TEC 2 s • Peso 3.780 g

Geral: Bom aspecto (“well-appearing”): ativo, chora forte, consolável, corado, hidratado, boa perfusão.

Fontanela: Anterior normotensa e plana.

Pele: Sem exantema, sem petéquias, sem lesões vesiculares (importante: pesquisar herpes).

Coto umbilical: Cicatrizado, sem hiperemia periumbilical ou secreção.

Cardiopulmonar: MV presente e simétrico, sem esforço respiratório. BRNF, sem sopros. Pulsos femorais palpáveis.

Abdome: Flácido, indolor, sem visceromegalias.

Conclusão do exame: NENHUM FOCO IDENTIFICADO. Bom estado geral.

CASO 9 • QUESTÕES

1. Qual a conduta correta neste recém-nascido?

- A) Observação domiciliar com retorno em 24 h, pois está em bom estado geral
- B) Coletar apenas EAS e urocultura e liberar com antibiótico oral
- C) Internação + avaliação completa (hemograma, marcadores, hemocultura, urocultura e LÍQUOR) + antibiótico intravenoso
- D) Aplicar critérios de baixo risco e liberar após 6 h de observação, se exames normais

2. Qual o esquema antibiótico empírico mais adequado?

- A) Ceftriaxona isolada
- B) Ampicilina + gentamicina (ou ampicilina + cefotaxima)
- C) Amoxicilina-clavulanato oral
- D) Oxacilina + amicacina

3. Em que situação estaria indicado ACRESCENTAR aciclovir?

- A) Em todo recém-nascido febril, sem exceção
- B) Apenas se a mãe tiver herpes labial
- C) Lesões vesiculares, convulsão, hipotermia, transaminases elevadas, plaquetopenia ou pleocitose com cultura negativa
- D) Somente após o resultado da PCR para herpes no líquido

CASO 9 • RESPOSTAS COMENTADAS

QUESTÃO 1 — GABARITO C ✓ Internação, avaliação completa e antibiótico IV

Febre em menor de 28 dias é sempre conduta de exceção: a imunidade é imatura, os sinais clínicos são sutis e a incidência de infecção bacteriana grave chega a 10–15%. Bom aspecto NÃO permite estratificar para baixo risco nessa faixa. Colher hemograma com marcadores inflamatórios, hemocultura, EAS + urocultura por cateterismo e LÍQUOR (celularidade, bioquímica, cultura, PCR viral), internar e iniciar antibiótico intravenoso.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** Observação domiciliar é inaceitável abaixo de 28 dias — a deterioração pode ocorrer em horas.
- X B)** A ITU é frequente nessa idade, mas coexiste com bacteremia e meningite com frequência muito maior que em lactentes maiores; a avaliação deve ser completa.
- X D)** As diretrizes de estratificação (AAP 2021, critérios de Rochester) aplicam-se a lactentes de 22–28 e de 29–60 dias BEM aparentes. Abaixo de 21 dias de vida, NENHUM critério autoriza alta. De 22 a 28 dias a AAP admite estratificar, mas na prática brasileira, pela dificuldade de garantir reavaliação em 24 h, costuma-se internar também nessa faixa.

QUESTÃO 2 — GABARITO B ✓ Ampicilina + gentamicina (ou ampicilina + cefotaxima)

O esquema precisa cobrir os agentes do período neonatal: *Streptococcus agalactiae* (GBS), *Escherichia coli* e *Listeria monocytogenes*. A AMPICILINA é indispensável — é o que cobre *Listeria* e enterococo. Se houver pleocitose ou suspeita de meningite, prefere-se ampicilina + cefotaxima, por melhor penetração líquórica.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** Ceftriaxona isolada não cobre *Listeria* e deve ser evitada no recém-nascido por deslocar a bilirrubina da albumina (risco de kernicterus) e por incompatibilidade com soluções contendo cálcio.

CASO 9 • RESPOSTAS COMENTADAS

continuação

X C) Via oral e espectro inadequados para suspeita de sepse neonatal.

X D) Não cobre *Listeria* nem é o espectro empírico recomendado nesta idade.

QUESTÃO 3 — GABARITO C ✓ Sinais de risco para herpes neonatal

Acrescentar aciclovir intravenoso quando houver: lesões vesiculares em pele/mucosas, convulsão, HIPOtermia (em vez de febre), alteração do nível de consciência, transaminases elevadas, plaquetopenia, coagulopatia, pleocitose líquórica com bacterioscopia/cultura negativas, ou história materna de lesões genitais/herpes primário periparto. O herpes neonatal frequentemente ocorre em mães assintomáticas — a suspeita depende do quadro do bebê.

Por que as outras estão erradas:

X A) Não é indicação universal; o uso é guiado por fatores de risco.

X B) Herpes labial materno é fator de risco para contato pós-natal, mas isolado não indica tratamento empírico.

X D) Esperar a PCR atrasa o tratamento — na suspeita, inicia-se empiricamente e suspende-se depois se afastado.

CASO 9 • PONTOS-CHAVE

Recém-nascido — 15 dias de vida · Febre no recém-nascido, com bom aspecto

- 1 Menor de 28 dias com febre = internação, avaliação completa (com líquido) e antibiótico IV. Sem exceções.
- 2 AAP 2021 (lactentes BEM aparentes de 8 a 60 dias): 8–21 dias → tudo e interna; 22–28 dias → estratifica, mas praticamente todos internam; 29–60 dias → estratifica e pode ir para casa com seguimento.
- 3 Marcadores de risco: $T > 38,5^{\circ}\text{C}$ · $\text{PCR} > 20 \text{ mg/L}$ · $\text{procalcitonina} > 0,5 \text{ ng/mL}$ · $\text{neutrófilos absolutos} > 4.000/\text{mm}^3$.
- 4 Hipotermia ($< 36^{\circ}\text{C}$) no recém-nascido é tão preocupante quanto febre — pode ser a única pista de sepse.
- 5 Nunca use a resposta ao antitérmico como critério de gravidade: melhorar com a queda da febre não exclui infecção bacteriana grave.

CASO CLÍNICO 10

Lactente/Pré-escolar — 2 anos · Febre há 6 dias que não cede a antibiótico

Menino, 2 anos, terceiro atendimento em uma semana, trazido pela mãe exausta.

QUEIXA PRINCIPAL: “Seis dias de febre alta e ele está insuportável de irritado.”

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

Febre alta diária (39–40 °C), há 6 dias, com picos que respondem apenas parcialmente ao antitérmico e retornam em poucas horas.

Irritabilidade extrema e desproporcional: chora muito, é difícil de consolar, mesmo nos períodos afebris.

Há 3 dias iniciou amoxicilina prescrita por “amigdalite”, sem qualquer melhora.

Surgiram, na sequência: olhos vermelhos sem secreção, lábios rachados e exantema no tronco, mais intenso na região das fraldas.

Nega tosse, coriza, vômitos, diarreia ou contato com doentes.

ANTECEDENTES

Hígido, vacinas em dia, sem alergias, sem internações.

CASO 10 • EXAME FÍSICO

Lactente/Pré-escolar — 2 anos · Febre há 6 dias que não cede a antibiótico

SINAIS VITAIS T 39,4 °C · FC 150 bpm · FR 28 irpm · PA 95×55 mmHg · SatO₂ 98% em AA · TEC 2 s

Geral: REG, MUITO irritado, inconsolável no colo da mãe, hidratado, corado.

Olhos: Hiperemia conjuntival BULBAR bilateral, NÃO exsudativa, com halo perilímbico preservado.

Boca: Lábios eritematosos, fissurados e sangrantes; língua em framboesa; orofaringe difusamente hiperemiada, SEM exsudato e SEM vesículas.

Pele: Exantema maculopapular polimorfo em tronco, acentuado em região perineal. Eritema e edema endurecido de dorso das mãos e dos pés.

Pescoço: Linfonodo cervical ÚNICO à direita, de 1,8 cm, endurecido, pouco doloroso.

Laboratório: Leucócitos 19.500/mm³ com neutrofilia; Hb 9,8 g/dL (normocítica); plaquetas 480.000/mm³ e em ascensão; PCR 128 mg/L; VHS 72 mm/h; albumina 2,9 g/dL; TGP 88 U/L; EAS com PIÚRIA e urocultura negativa.

CASO 10 • QUESTÕES

1. Qual o diagnóstico mais provável?

- A) Escarlatina
- B) Sarampo
- C) Doença de Kawasaki
- D) Reação adversa à amoxicilina

2. Qual conduta diagnóstica é prioritária?

- A) Aguardar o ecocardiograma para só então definir o tratamento
- B) Solicitar ecocardiograma o quanto antes, SEM retardar o tratamento
- C) Biópsia de linfonodo cervical
- D) Repetir hemoculturas e ampliar o espectro antibiótico

3. Qual o tratamento indicado e em que prazo?

- A) Imunoglobulina IV 2 g/kg + AAS, idealmente até o 10º dia de doença
- B) Corticoide isolado em pulsoterapia
- C) Ceftriaxona IV por 10 dias
- D) Apenas sintomáticos, pois a doença é autolimitada



CASO 10 • RESPOSTAS COMENTADAS

QUESTÃO 1 — GABARITO C ✓ Doença de Kawasaki

Febre $\geq$ 5 dias associada a 4 ou mais dos 5 critérios clássicos — aqui estão TODOS: (1) conjuntivite bulbar bilateral não exsudativa; (2) alterações de lábios e cavidade oral (lábios fissurados, língua em framboesa); (3) exantema polimorfo; (4) alterações de extremidades (eritema e edema de mãos e pés); (5) linfadenopatia cervical $> 1,5$ cm, geralmente única e unilateral. Reforçam o diagnóstico: irritabilidade extrema, febre refratária a antibiótico, PCR/VHS muito elevados, anemia, hipoalbuminemia, transaminases altas, trombocitose após a 1ª semana e PIÚRIA ESTÉRIL.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** A escarlatina responde à amoxicilina em 24–48 h, tem exantema micropapular “em lixa” com palidez perioral e não cursa com conjuntivite bulbar nem edema de extremidades.
- X B)** No sarampo há tosse, coriza e conjuntivite com secreção, manchas de Koplik e exantema morbiliforme craniocaudal — e a criança é vacinada.
- X D)** Exantema medicamentoso não explica febre de 6 dias, conjuntivite, alterações de mucosa oral, edema de extremidades e marcadores inflamatórios nesse patamar.

QUESTÃO 2 — GABARITO B ✓ Ecocardiograma o quanto antes — sem atrasar o tratamento

O ecocardiograma avalia as artérias coronárias (z-score), função ventricular, derrame pericárdico e regurgitações valvares e serve como linha de base para o seguimento. Mas é exame de apoio: um ecocardiograma NORMAL não afasta Kawasaki e não pode postergar a imunoglobulina. O diagnóstico é clínico.

Por que as outras estão erradas:

- X A)** Retardar a imunoglobulina aumenta o risco de aneurisma — o tempo é o principal determinante do prognóstico.

CASO 10 • RESPOSTAS COMENTADAS

continuação

- X C)** Biópsia não faz parte da investigação; seria considerada apenas se houvesse suspeita de linfoma.
- X D)** A febre é refratária a antibióticos justamente porque não há infecção bacteriana; ampliar o espectro é a armadilha mais comum neste caso.

QUESTÃO 3 — GABARITO A ✓ Imunoglobulina intravenosa 2 g/kg + AAS

Imunoglobulina humana IV 2 g/kg em infusão única de 10–12 h, assim que o diagnóstico for firmado, dentro dos 10 primeiros dias de doença (idealmente até o 7º) — e ainda indicada após o 10º dia se persistirem febre ou marcadores inflamatórios elevados, associada a AAS em dose anti-inflamatória (30–50 mg/kg/dia, alguns protocolos 80–100 mg/kg/dia) até 48–72 h afebril, seguido de dose antiagregante (3–5 mg/kg/dia) por 6 a 8 semanas, até novo ecocardiograma. Sem tratamento, aneurismas coronarianos ocorrem em cerca de 25% dos casos; com imunoglobulina precoce, caem para 3–5%.

Por que as outras estão erradas:

- X B)** Corticoide isolado não é terapia de primeira linha; é associado em casos de alto risco ou refratários à segunda dose de imunoglobulina.
- X C)** Não é infecção bacteriana.
- X D)** A febre é autolimitada, mas o dano coronariano não — é justamente o que se quer prevenir.

CASO 10 · PONTOS-CHAVE

Lactente/Pré-escolar — 2 anos · Febre há 6 dias que não cede a antibiótico

- 1 Toda criança com febre ≥ 5 dias sem foco definido deve ter Kawasaki considerada — é a principal causa de cardiopatia ADQUIRIDA na infância nos países desenvolvidos (no Brasil, ao lado da febre reumática).
- 2 Critérios: febre ≥ 5 dias + 4 de 5 (conjuntivite · mucosa oral · exantema · extremidades · linfonodo cervical $> 1,5$ cm).
- 3 Kawasaki INCOMPLETO é mais frequente em menores de 6 meses e é o de maior risco coronariano: febre prolongada + marcadores inflamatórios altos exige ecocardiograma mesmo com poucos critérios.
- 4 Após imunoglobulina, adiar vacinas de vírus vivo (tríplice viral, varicela) por 11 meses.

CASO CLÍNICO 11

Lactente — 11 meses · Febre, vômitos, sonolência e convulsão

Lactente feminina, 11 meses, trazida pelo SAMU, acompanhada da mãe.

QUEIXA PRINCIPAL: “Ela convulsionou e não acorda direito.”

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

Febre há 24 h (até 39,5 °C), acompanhada de vômitos em jato (4 episódios), recusa alimentar e choro agudo, diferente do habitual.

Desde a madrugada, sonolência progressiva — “dorme o tempo todo e resmunga quando mexo nela”.

Há 1 hora apresentou crise convulsiva com desvio do olhar e movimentos clônicos do hemicorpo ESQUERDO, com duração de aproximadamente 8 minutos, cedendo após diazepam no trajeto.

Não retornou ao estado basal após a crise.

ANTECEDENTES

DNPM normal. VACINAÇÃO ATRASADA: não recebeu as doses do esquema primário da pneumocócica conjugada (2 e 4 meses) nem da meningocócica C (3 e 5 meses). Sem crises prévias. Frequenta creche.

CASO 11 · EXAME FÍSICO

Lactente — 11 meses · Febre, vômitos, sonolência e convulsão

SINAIS VITAIS T 39,2 °C · FC 170 bpm · FR 45 irpm · PA 95×55 mmHg · SatO₂ 95% em AA · TEC 3 s · Glicemia capilar 92 mg/dL

Geral: MEG, gemente, hipoativa, pálida, mal perfundida. GLASGOW MODIFICADO PARA LACTENTES: 11 (AO 3 · RV 3 · RM 5).

Neurológico: FONTANELA ANTERIOR ABAULADA E TENSA. Rigidez de nuca presente. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Sem déficit motor evidente no momento. Sem papiledema visualizável.

Pele: Sem petéquias ou púrpura no momento (reavaliar seriadamente!). Sem lesões vesiculares.

Respiratório: Taquipneica, MV presente e simétrico, sem ruídos adventícios.

Cardiovascular: Taquicárdica, pulsos periféricos finos, extremidades frias, tempo de enchimento capilar 3 s.

Abdome: Flácido, sem visceromegalias.

CASO 11 · QUESTÕES

1. Qual a principal hipótese diagnóstica?

- A) Crise febril complexa
- B) Meningite bacteriana aguda com hipertensão intracraniana
- C) Encefalite herpética
- D) Distúrbio hidroeletrólítico secundário aos vômitos

2. Qual a sequência CORRETA de condutas na primeira hora?

- A) Punção lombar imediata → antibiótico após o resultado do líquido
- B) Tomografia → punção lombar → antibiótico
- C) Estabilizar (ABC) → hemocultura e exames → ANTIBIÓTICO na 1ª hora → tomografia → punção lombar quando seguro
- D) Antitérmico e observação, reavaliando o sensorio em 2 horas

3. Qual esquema empírico e medida adjuvante são adequados?

- A) Ceftriaxona 100 mg/kg/dia + vancomicina, com dexametasona antes ou junto da 1ª dose
- B) Ampicilina + gentamicina
- C) Penicilina cristalina isolada
- D) Aciclovir isolado

CASO 11 • RESPOSTAS COMENTADAS

QUESTÃO 1 — GABARITO B ✓ Meningite bacteriana aguda com hipertensão intracraniana

Febre + vômitos em jato + rebaixamento PROGRESSIVO do sensório + crise convulsiva FOCAL e prolongada + fontanela abaulada e tensa + rigidez de nuca, em lactente com esquema vacinal incompleto para pneumococo e meningococo. É emergência: cada hora de atraso no antibiótico aumenta a mortalidade e a sequela neurológica.

Por que as outras estão erradas:

- X A) Crise febril NÃO explica sensório rebaixado que não retorna ao basal, fontanela abaulada e rigidez de nuca. Além disso, a crise foi FOCAL — e crise focal, ou com mais de 15 minutos, ou repetida em 24 h, é complexa e obriga investigar infecção do SNC.
- X C) A encefalite herpética é diferencial importante (crises focais, alteração de comportamento) e o aciclovir deve ser considerado; porém a fontanela tensa, a rigidez de nuca e a má perfusão apontam primeiro para bacteriana — e o tratamento empírico as cobre até esclarecimento.
- X D) Distúrbio eletrolítico deve ser pesquisado (hiponatremia por SIADH é comum NA PRÓPRIA meningite), mas não explica o conjunto.

QUESTÃO 2 — GABARITO C ✓ Estabilizar → coletar exames → ANTIBIÓTICO na 1ª hora → imagem → punção lombar quando seguro

O antibiótico NÃO pode esperar. Sequência: via aérea, oxigênio, dois acessos venosos, monitorização e glicemia; coleta de hemocultura, hemograma, PCR, eletrólitos, função renal e coagulograma; ANTIBIÓTICO IMEDIATO. A punção lombar deve ser ADIADA neste caso — há rebaixamento do sensório (Glasgow < 13), sinais de hipertensão intracraniana, crise focal e instabilidade hemodinâmica —, realizando-se tomografia antes. A coleta posterior do líquido ainda é útil (celularidade, bioquímica, PCR bacteriana e viral) mesmo com cultura já negatizada.

CASO 11 • RESPOSTAS COMENTADAS

continuação

Por que as outras estão erradas:

- X A)** Puncionar com sinais de hipertensão intracraniana pode precipitar herniação; e adiar o antibiótico é o erro mais grave possível aqui.
- X B)** A ordem está errada: a tomografia não pode preceder o antibiótico. Imagem antes da punção, sim; antes do antibiótico, nunca.
- X D)** Conduta expectante em criança com Glasgow 11 e fontanela tensa é inaceitável.

QUESTÃO 3 — GABARITO A ✓ Ceftriaxona + vancomicina, com dexametasona

Ceftriaxona 100 mg/kg/dia (dividida 12/12 h) cobre pneumococo, meningococo e Haemophilus; acrescenta-se VANCOMICINA (60 mg/kg/dia) pela possibilidade de pneumococo resistente. A dexametasona 0,15 mg/kg 6/6 h por 2–4 dias, iniciada ANTES ou JUNTO da primeira dose, reduz perda auditiva e sequelas — benefício mais estabelecido no Haemophilus influenzae tipo b, discutível no pneumococo e não recomendada na meningococcemia. Medidas de suporte: cabeceira a 30°, normovolemia e normonatremia, controle de convulsões e de temperatura.

Por que as outras estão erradas:

- X B)** Esquema neonatal (cobertura de Listeria e GBS) — inadequado aos 11 meses.
- X C)** Espectro insuficiente para tratamento empírico; usada apenas com agente e sensibilidade confirmados.
- X D)** Aciclovir pode ser ASSOCIADO se houver suspeita de encefalite herpética, nunca isolado nesta apresentação.

CASO 11 · PONTOS-CHAVE

Lactente — 11 meses · Febre, vômitos, sonolência e convulsão

1

ANTIBIÓTICO NA PRIMEIRA HORA. Punção lombar que não pode ser feita agora não é motivo para adiar o antibiótico.

2

Indicações de tomografia ANTES da punção: rebaixamento do sensório, sinais focais, crise focal, papiledema, sinais de hipertensão intracraniana, imunossupressão e instabilidade.

3

Reavalie a pele repetidamente: petéquias que surgem durante a observação mudam o cenário para meningococemia.

4

Meningite bacteriana é de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA. Isolamento respiratório por gotículas nas primeiras 24 h e quimioprofilaxia dos contatos (rifampicina) para meningococo e Hib.

5

Sequela mais frequente do sobrevivente: surdez neurosensorial — audiometria/BERA antes da alta.

CASO CLÍNICO 12

Adolescente — 12 anos · Febre em paciente oncológico

Adolescente masculino, 12 anos, com leucemia linfoblástica aguda em quimioterapia (D+10 do ciclo de consolidação), portador de cateter totalmente implantado.

QUEIXA PRINCIPAL: “Começou a tremer de frio e a febre subiu.”

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

Febre de 38,9 °C aferida há 2 horas, precedida de calafrios intensos e tremores.

Refere mal-estar importante, tontura ao levantar, dor na boca ao engolir e cansaço progressivo nas últimas horas.

Nega tosse, dispneia, diarreia, disúria ou dor abdominal. Última quimioterapia há 10 dias.

A mãe relata que ele “ficou muito pálido e com as mãos geladas” no trajeto até o hospital.

ANTECEDENTES

LLA diagnosticada há 7 meses. Cateter totalmente implantado (port) em região infraclavicular direita. Profilaxia com sulfametoxazol-trimetoprim. Sem alergias medicamentosas.

CASO 12 • EXAME FÍSICO

Adolescente — 12 anos • Febre em paciente oncológico: neutropenia febril

SINAIS VITAIS T 38,9 °C • FC 132 bpm • FR 28 irpm • PA 88×45 mmHg • SatO₂ 95% em AA • TEC 4 s • Peso 38 kg

Geral: MEG, prostrado, pálido (++/4+), sudoreico, mucosas descoradas e desidratado (+/4+). Responde a comandos, porém lentificado.

Cardiovascular: Taquicárdico, pulsos periféricos finos, EXTREMIDADES FRIAS, TEC 4 s, HIPOTENSO (PAS 88 mmHg; acima de 10 anos considera-se hipotensão PAS < 90 mmHg — a PAS média esperada para a idade seria ≈ 114 mmHg).

Cateter: Discreta hiperemia e dor à palpação sobre o reservatório do port, sem secreção.

Oroscopia: Mucosite grau III: úlceras confluentes em mucosa jugal e palato, com dor intensa e incapacidade de aceitar dieta sólida.

Respiratório / Abdome: MV presente e simétrico, sem ruídos adventícios. Abdome flácido, indolor, sem visceromegalias. Região perianal sem lesões (NÃO realizar toque retal).

Laboratório: Leucócitos 800/mm³ com NEUTRÓFILOS ABSOLUTOS 120/mm³; Hb 7,8 g/dL; plaquetas 25.000/mm³; PCR 186 mg/L; lactato 3,5 mmol/L; creatinina 1,1 mg/dL.

CASO 12 • QUESTÕES

1. Qual o diagnóstico e a classificação de gravidade?

- A) Neutropenia febril de baixo risco
- B) Neutropenia febril com CHOQUE SÉPTICO
- C) Mucosite com desidratação leve
- D) Febre de origem indeterminada, a investigar ambulatorialmente

2. Qual a prioridade absoluta na primeira hora?

- A) Aguardar hemograma e culturas para escolher o antibiótico ideal
- B) Hemoculturas (periférica + cada lúmen do cateter) e ANTIBIÓTICO de amplo espectro IV na 1ª hora, com expansão volêmica
- C) Transfundir concentrado de hemácias e plaquetas antes de qualquer outra medida
- D) Remover imediatamente o cateter implantado

3. Qual esquema antibiótico e qual conduta adjuvante estão indicados?

- A) Cefepima ou piperacilina-tazobactam, ACRESCENTANDO vancomicina pela instabilidade e suspeita de infecção de cateter
- B) Amoxicilina-clavulanato oral, pois não há foco evidente
- C) Ceftriaxona isolada
- D) Antifúngico empírico já na admissão

CASO 12 • RESPOSTAS COMENTADAS

QUESTÃO 1 — GABARITO B ✓ Neutropenia febril com choque séptico

Neutropenia febril = temperatura $\geq 38,3$ °C em uma única aferição OU $\geq 38,0$ °C mantida por ≥ 1 h (valores de referência para temperatura oral/central; a axilar é cerca de 0,5 °C menor, e vários protocolos nacionais usam axilar $\geq 37,8$ °C), com neutrófilos $< 500/\text{mm}^3$ (ou $< 1.000/\text{mm}^3$ com previsão de queda). Aqui há 120 neutrófilos/ mm^3 . E há CHOQUE: taquicardia, TEC 4 s, extremidades frias, lactato elevado e alteração do sensorio — lembrando que o choque séptico pediátrico NÃO exige hipotensão para ser diagnosticado, embora aqui ela já esteja presente. Choque séptico em neutropênico tem mortalidade elevada e é emergência absoluta.

Por que as outras estão erradas:

- X A) Critérios de baixo risco exigem estabilidade hemodinâmica, ausência de comorbidade aguda, neutropenia de curta duração prevista e ausência de mucosite grave — nada disso se aplica.
- X C) A mucosite é a provável porta de entrada, mas o quadro dominante é séptico.
- X D) Febre em neutropênico nunca é conduzida ambulatorialmente sem avaliação imediata.

QUESTÃO 2 — GABARITO B ✓ Culturas e antibiótico na 1ª hora + expansão volêmica

Cada hora de atraso no antibiótico aumenta a mortalidade. Colher hemocultura periférica E de cada lúmen do cateter (para cálculo do tempo diferencial de positividade), urocultura e demais exames — SEM que a coleta atrase a primeira dose. Simultaneamente: oxigênio, dois acessos, expansão com cristalóide 20 mL/kg em bolus, reavaliação após cada bolus, e droga vasoativa (adrenalina ou noradrenalina) se o choque persistir após 40–60 mL/kg.

Por que as outras estão erradas:

- X A) Esperar resultados é o erro clássico e mais letal na neutropenia febril.
- X C) Transfusão pode ser necessária, mas não precede a antibioticoterapia e a ressuscitação volêmica.

CASO 12 • RESPOSTAS COMENTADAS

continuação

X D) A remoção do cateter é considerada apenas em infecção de túnel/bolsa, instabilidade refratária, bacteremia persistente após 72 h ou agentes específicos (*S. aureus*, *Candida*, *Pseudomonas*) — nunca como primeira medida.

QUESTÃO 3 — GABARITO A ✓ Betalactâmico antipseudomonas + vancomicina neste contexto

A cobertura empírica deve incluir *Pseudomonas aeruginosa*: cefepima, piperacilina-tazobactam ou meropeném (este se instabilidade grave ou colonização por germe multirresistente). Acrescenta-se VANCOMICINA nas situações específicas: instabilidade hemodinâmica, suspeita de infecção relacionada ao cateter, mucosite grave, colonização conhecida por MRSA ou pneumococo resistente, infecção de pele/partes moles — este paciente reúne três delas.

Por que as outras estão erradas:

X B) Via oral e espectro insuficientes; paciente instável.

X C) Ceftriaxona não cobre *Pseudomonas* — cobertura antipseudomonas é obrigatória.

X D) Antifúngico empírico (equinocandina ou anfotericina lipossomal) entra em geral após 4–7 dias de febre persistente sob antibiótico de amplo espectro, não na admissão.

CASO 12 · PONTOS-CHAVE

Adolescente — 12 anos · Febre em paciente oncológico: neutropenia febril

- 1 Febre + quimioterapia = emergência até prova em contrário. Antibiótico de amplo espectro na PRIMEIRA HORA.
- 2 Neutropenia febril: $T \geq 38,3^{\circ}\text{C}$ uma vez ou $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ por ≥ 1 h, com neutrófilos $< 500/\text{mm}^3$.
- 3 NUNCA no neutropênico/plaquetopênico: temperatura ou medicação por via retal, supositórios, toque retal e injeções intramusculares.
- 4 O neutropênico não faz pus nem consolidação clássica: sinais inflamatórios são pobres e o exame pode ser enganosamente normal — reavalie de forma seriada.
- 5 Sempre examine boca, períneo, pele e sítio do cateter: são as portas de entrada mais frequentes.

DEZ REGRAS PARA A CRIANÇA COM FEBRE

Regras 1 a 5

- 1 Febre é sintoma, não doença: trate a criança, não o termômetro.
- 2 O ESTADO GERAL vale mais que o valor da temperatura — criança toxemiada se investiga, tenha a idade que tiver.
- 3 A resposta ao antitérmico NÃO diferencia vírus de bactéria e não exclui gravidade.
- 4 A idade define a conduta: abaixo de 28 dias, febre é internação. De 1 a 3 meses, estratifique o risco.
- 5 Sem foco após anamnese e exame físico detalhados? Pense em ITU — a infecção bacteriana grave mais comum.

DEZ REGRAS PARA A CRIANÇA COM FEBRE

Regras 6 a 10

- 6 Febre há 5 dias ou mais sem foco: lembre-se de Kawasaki antes que o 10º dia passe.
- 7 Em área endêmica, o perigo da dengue começa quando a febre cede.
- 8 Antibiótico na primeira hora salva vidas na sepse, na meningite e na neutropenia febril — não espere exames.
- 9 Reavaliar é conduta: marque o retorno e escreva os sinais de alarme para a família.
- 10 Registre o que examinou e o que orientou — inclusive o que estava normal.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS E LEITURA RECOMENDADA

Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria e Documentos Científicos dos Departamentos de Infectologia, Emergência e Reumatologia.

American Academy of Pediatrics. Evaluation and Management of Well-Appearing Febrile Infants 8 to 60 Days Old. Pediatrics. 2021;148(2):e2021052228.

Ministério da Saúde. Dengue: diagnóstico e manejo clínico — adulto e criança. 6ª ed. Brasília, 2024.

McCrindle BW et al. Diagnosis, Treatment and Long-Term Management of Kawasaki Disease. AHA Scientific Statement. Circulation. 2017;135:e927-e999.

American Academy of Pediatrics. Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases (edição vigente).

Subcommittee on Febrile Seizures, AAP. Neurodiagnostic Evaluation of the Child with a Simple Febrile Seizure. Pediatrics. 2011;127(2):389-394.

Lehrnbecher T et al. Guideline for the Management of Fever and Neutropenia in Pediatric Patients with Cancer and Hematopoietic Cell Transplantation Recipients. J Clin Oncol.

Subcommittee on Urinary Tract Infection, AAP. Urinary Tract Infection: Clinical Practice Guideline. Pediatrics.

OBSERVAÇÃO

Todos os casos são fictícios e foram construídos com finalidade didática. Doses e condutas devem ser sempre conferidas nos protocolos vigentes da instituição.