

Helicobacter pylori e doença péptica na criança

Quem investigar, como diagnosticar por endoscopia com cultura e antibiograma, esquemas de erradicação por suscetibilidade com doses por peso, confirmação da cura, úlcera por anti-inflamatório e uso racional de inibidor de bomba de prótons, segundo SBP 2023 e ESPGHAN/NASPGHAN 2023

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

O *Helicobacter pylori* é adquirido na infância e, na criança, causa sobretudo **gastrite crônica assintomática**; úlcera é rara e câncer gástrico é complicação do adulto. **Não há associação com a dor abdominal funcional** (SBP 2023; ESPGHAN/NASPGHAN 2023). Por isso: **não pedir sorologia, não fazer "test and treat" e só investigar se a intenção for tratar**. A SBP indica investigar na **úlcera ou erosões vistas na endoscopia, na anemia ferropriva refratária e na PTI crônica** (e no raro linfoma MALT); a investigação de escolha é a **endoscopia com biópsias para histologia e cultura com antibiograma**. O tratamento dura **14 dias**, com **IBP em dose alta + amoxicilina + claritromicina (só se a cepa for sensível) ou metronidazol**; sem antibiograma, evitar a claritromicina e preferir o esquema com **bismuto**, quando disponível. A erradicação é **sempre confirmada** com **antígeno fecal monoclonal ou teste respiratório com ureia**, com o IBP suspenso há pelo menos 2 semanas. Dispepsia sem sinais de alarme é seguida pelo pediatra (🟢); suspeita de úlcera e as indicações acima vão ao gastroenterologista pediátrico (🟡); **hematêmese, melena, dor súbita intensa com abdome em tábua ou instabilidade vão ao pronto-socorro (🔴)**.

1. O que é e como se apresenta

Infecção pelo *H. pylori*. Bacilo gram-negativo espiralado, transmitido pela saliva e por água e alimentos contaminados com fezes, adquirido na primeira infância e persistente por toda a vida se não for erradicado (SBP 2023). A **resistência à claritromicina** cresceu no mundo todo; a OMS incluiu o *H. pylori* resistente na lista de patógenos prioritários (ESPGHAN/NASPGHAN 2023).

Na criança, a infecção causa: gastrite crônica assintomática (aspecto típico: **gastrite nodular antral**); raramente **úlcera ou erosões** (mais a partir dos 10 anos — AEP 2023); associa-se à **anemia ferropriva refratária**, à **PTI crônica** e ao **linfoma MALT** (excepcional). **Não causa** dor abdominal funcional, baixa estatura, halitose nem refluxo.

Doença péptica (úlcera). As duas causas principais são o ***H. pylori*** e os **anti-inflamatórios não esteroides (AINE)**; outras: estresse grave (UTI, queimadura, trauma, cirurgia), corticoide associado a AINE, ácido valproico, bifosfonatos, ferro oral, quimioterapia, doença de Crohn, gastrinoma e úlcera idiopática (AEP 2023).

Quadro da úlcera: dor epigástrica (na gástrica, com a refeição; na duodenal, 2–3 horas depois e à noite), saciedade precoce, náuseas, vômitos; no **lactente e pré-escolar**, irritabilidade, recusa alimentar e baixo ganho de peso. Muitas vezes é **silenciosa até a complicação: sangramento** (a mais comum), **perfuração** e, raramente, obstrução do esvaziamento gástrico (AEP 2023).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Dispepsia sem sinais de alarme , crescimento e exame normais; H. pylori positivo em exame não indicado (sorologia, antígeno fecal "de rotina") sem sintomas de úlcera	Seguimento pelo pediatra como distúrbio funcional (ver Dor abdominal crônica); revisar AINE; não tratar o H. pylori às cegas
● Moderada	Sinais de alarme sem instabilidade (SBP 2023: vômitos persistentes, perda de peso ou queda no crescimento, disfagia ou odinofagia, febre sem causa, artrite, doença perianal, história familiar de úlcera, doença inflamatória intestinal ou celíaca); anemia ferropriva refratária; PTI crônica ; sintomas de úlcera com AINE ou corticoide; falha da erradicação	Encaminhar ao gastroenterologista pediátrico (com prioridade se houver anemia ou perda de peso) para endoscopia com cultura e antibiograma; suspender o AINE
● Grave	Hematêmese ou melena ; anemia aguda ou sinais de choque (taquicardia, palidez, enchimento capilar lento, hipotensão); dor abdominal súbita e intensa com abdome em tábua (perfuração); vômitos incoercíveis com desidratação ou distensão gástrica (obstrução)	Pronto-socorro : estabilizar, acesso venoso, oxigênio, jejum; ver Hemorragia digestiva (nesta área)

Fatores que elevam a gravidade

- **AINE** (inclusive automedicação), sobretudo com **corticoide**, anticoagulante ou desidratação.
- **UTI, grande queimado, politrauma, pós-operatório**, coagulopatia, **plaquetopenia**, hipertensão portal.
- Úlcera prévia, falha de erradicação, tabagismo ou álcool no adolescente.

3. Diagnóstico no consultório

O princípio central (SBP 2023; ESPGHAN/NASPGHAN 2023): o objetivo da investigação de sintomas digestivos é **achar a causa dos sintomas, e não apenas o H. pylori**. A pesquisa só se justifica quando o resultado levará a **tratar**.

Quando investigar (SBP, GPA nº 45/2023):

1. **Úlcera gástrica ou duodenal, gastrite erosiva ou gastrite nodular antral** vistas na endoscopia.
2. **Anemia ferropriva refratária ao tratamento** (depois de afastadas má adesão, dose inadequada, perdas, doença celíaca e outras causas — ver Anemia ferropriva).

3. PTI crônica e linfoma MALT.

Quando NÃO investigar (SBP 2023): história familiar de úlcera ou câncer gástrico; doença do refluxo gastroesofágico; **dor abdominal crônica sem sinais de alarme**. A

ESPGHAN/NASPGHAN 2023 acrescenta: baixa estatura e déficit de crescimento; biópsias específicas para *H. pylori* durante endoscopia feita por doença inflamatória intestinal, celíaca ou esofagite eosinofílica.

Como investigar (SBP 2023):

- **Endoscopia com biópsias** de antro e corpo para **cultura com antibiograma, histologia e teste da urease ou PCR**; a ESPGHAN/NASPGHAN 2023 pede ao menos **seis biópsias** e aceita **PCR para resistência à claritromicina**.
- **Antes do exame:** suspender **IBP por 2 semanas e antibióticos (e bismuto) por 4 semanas**.
- **PTI ou impossibilidade de sedação:** a SBP admite **teste respiratório com ureia** para o diagnóstico.

O que não pedir (SBP 2023; ESPGHAN/NASPGHAN 2023): sorologia (sangue, saliva ou urina — não distingue infecção atual de passada); **"teste terapêutico" ou "test and treat"** (tratar com base em exame não invasivo, sem endoscopia); calprotectina fecal; cultura ou teste molecular nas fezes.

Diferencial que não pode passar: dor funcional (a maioria), **doença celíaca, doença inflamatória intestinal, esofagite eosinofílica, DRGE, pancreatite, litíase biliar, giardíase, gastropatia por AINE, gravidez na adolescente.**

4. Tratamento e seguimento

Papel do pediatra: indicar (e não indicar) corretamente, encaminhar, manter o esquema definido pelo gastroenterologista, **reforçar a adesão** (principal causa de falha), manejar efeitos adversos e **pedir o teste de controle**. Endoscopia, escolha do esquema e resgate são do especialista.

Quem tratar (SBP 2023; ESPGHAN/NASPGHAN 2023): úlcera ou erosões com *H. pylori* — sempre; anemia ferropriva refratária com *H. pylori* e outras causas afastadas; **PTI crônica** — decisão do hematologista com o gastroenterologista (ver Púrpura trombocitopênica imune); **achado incidental** — após discutir riscos e benefícios com a família.

Escolha do esquema (ESPGHAN/NASPGHAN 2023; SEGHP 2021) — sempre por 14 dias:

SITUAÇÃO	ESQUEMA
Cepa sensível à claritromicina	IBP + amoxicilina + claritromicina
Cepa resistente ou antibiograma indisponível	IBP + amoxicilina + metronidazol + bismuto (preferido, se disponível) ou IBP + amoxicilina (dose alta) + metronidazol
Alergia à penicilina confirmada, cepa sensível à claritromicina	IBP + claritromicina + metronidazol
Alergia à penicilina e cepa resistente	IBP + bismuto + metronidazol + tetraciclina (> 8 anos)

Não usar claritromicina sem antibiograma (resistência acima de 15% na maioria das regiões) nem terapias sequenciais ou concomitantes com três antibióticos; o antibiograma do **metronidazol** não é confiável e a resistência é vencida por **dose alta e 14 dias** (ESPGHAN/NASPGHAN 2023). O bismuto tem disponibilidade irregular no Brasil.

Doses por peso (≥ 15 kg) — ESPGHAN/NASPGHAN 2023 (tabela 5):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
IBP (omeprazol ou esomeprazol)	15–24 kg: 20 mg; 25–34 kg: 30 mg; ≥ 35 kg: 40 mg por tomada	12/12 h, 15–30 min antes da refeição	14 dias	Dose alta (ESPGHAN/NASPGHAN 2023); esomeprazol sofre menos com metabolizadores rápidos
Amoxicilina	15–24 kg: 500 mg; 25–34 kg: 750 mg; ≥ 35 kg: 1.000 mg por tomada	8/8 h	14 dias	Dose alta, três tomadas (ESPGHAN/NASPGHAN 2023)
Claritromicina	15–24 kg: 250 + 250 mg; 25–34 kg: 500 + 250 mg; ≥ 35 kg: 500 + 500 mg	12/12 h	14 dias	Só com cepa sensível (ESPGHAN/NASPGHAN 2023)
Metronidazol	15–24 kg: 250 + 250 mg; 25–34 kg: 500 + 250 mg; 35–49 kg: 500 + 500 mg; ≥ 50 kg: 750 + 750 mg	12/12 h	14 dias	Até 30 mg/kg/dia, máx. 1.500 mg/dia (ESPGHAN/NASPGHAN 2023); gosto metálico, evitar álcool
Subcitrate de bismuto coloidal	15–24 kg: 60 mg 3x; 25–34 kg: 120 + 60 + 60 mg; 35–49 kg: 120 mg 3x; ≥ 50 kg: 180 + 120 + 120 mg	8/8 h	14 dias	Fezes escurecidas (ESPGHAN/NASPGHAN 2023); subsalicilato: < 10 anos 262 mg e > 10 anos 524 mg 6/6 h
Tetraciclina	25–50 mg/kg/dia, máx. 3 g/dia	6/6 h	14 dias	Só acima de 8 anos , no lugar da amoxicilina (ESPGHAN/NASPGHAN 2023)

Abaixo de 15 kg (doses por kg, SEGHNPAEP 2021): IBP 2 mg/kg/dia (máx. 80 mg/dia; lansoprazol 1,5 mg/kg/dia, máx. 60 mg/dia); amoxicilina 50 mg/kg/dia, máx. 2 g (dose alta 75 mg/kg/dia, máx. 3 g/dia); claritromicina 20 mg/kg/dia (máx. 1 g/dia); metronidazol 20 mg/kg/dia (máx. 1,5 g/dia); bismuto 8 mg/kg/dia (máx. 240 mg abaixo de 10 anos e 480 mg acima) — em duas tomadas (bismuto em 2–4), por 14 dias. A SBP e o Ministério da Saúde não publicam doses próprias; o site segue a ESPGHAN/NASPGHAN 2023 (a SBP cita a versão de 2016).

Adesão: explicar os efeitos esperados (diarreia, náusea, gosto metálico, fezes escuras com bismuto) e usar diário de doses. A SEGHNPAEP recomenda **probiótico** para reduzir efeitos adversos; a ESPGHAN/NASPGHAN não o inclui.

Confirmação da erradicação — sempre (SBP 2023; ESPGHAN/NASPGHAN 2023): **antígeno fecal monoclonal** (preferido abaixo de 6 anos) ou **teste respiratório com ureia marcada** (a SBP cita o C-14, só **acima de 6 anos**; a ESPGHAN, o C-13), **6 a 8 semanas após o fim do tratamento** (ESPGHAN; SEGHNPAEP: ≥ 4 semanas), com **IBP suspenso há pelo menos 2 semanas** e antibiótico e bismuto há 4 semanas. **Sorologia nunca** serve para controle. **Falha:** rever adesão e doses e encaminhar; o resgate, guiado pelo antibiograma, é do especialista.

Úlcera péptica (AEP 2023):

- **Toda úlcera recebe IBP: 4–6 semanas na duodenal e 6–8 na gástrica** (complicada: 8 e 12, iniciando IV no hospital). Omeprazol **1–4 mg/kg/dia, máx. 80 mg/dia**, pela menor dose (SBP 2024, como no documento de DRGE), ou a dose do esquema de erradicação.
- **Úlcera por AINE: suspender o anti-inflamatório**; se impossível, manter o IBP enquanto durar o AINE (AEP 2023). Para dor e febre, **paracetamol** ou **dipirona** nas doses do site. Anti-H2 só se o IBP for contraindicado.

Uso racional de IBP: não trata dor funcional, choro do lactente nem regurgitação; na dispepsia funcional, teste **curto (4 semanas)**, suspenso se não houver resposta (ver Dor abdominal crônica). Estudos de caso-controle em crianças associam o IBP a mais **gastroenterite, pneumonia, infecções respiratórias e urinárias, sepse e infecção por Clostridioides difficile** (enterocolite necrosante no prematuro); fraturas e outros eventos descritos em adultos não foram confirmados na criança (NASPGHAN/ESPGHAN 2018). Reduz a **absorção do ferro** (SBP 2026) e **mascara** o diagnóstico do *H. pylori*. Reavaliar sempre a necessidade e retirar o que não tem indicação.

O que não fazer: tratar *H. pylori* achado por exame sem indicação; repetir esquemas empíricos com claritromicina; IBP prolongado "para proteger o estômago" sem AINE ou fator de risco.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Hematêmese** (sangue vivo ou "borra de café") ou **melena** — afastar sangue deglutido (epistaxe, fissura mamilar materna).

- **Choque ou anemia aguda:** taquicardia, palidez intensa, enchimento capilar lento, hipotensão, sonolência, síncope.
- **Dor súbita e intensa** com abdome em tábua ou dor no ombro (perfuração); **vômitos incoercíveis** com desidratação (obstrução).
- Dor epigástrica intensa com plaquetopenia, coagulopatia ou anticoagulante.

Como encaminhar

1. Avaliar ABC; **decúbito lateral** se vomitando ou sonolento.
2. **Oxigênio** no choque ou desconforto, mantendo **SpO2 94–98%**.
3. **Acesso venoso** calibroso; se houver choque, **cristaloide 10–20 mL/kg com reavaliação após cada bolus** (PALS do site), sem atrasar a remoção; colher hemograma, tipagem e coagulograma se possível.
4. **Jejum**; sem AINE.
5. **SAMU (192)** na instabilidade; contato com hospital com endoscopia pediátrica e UTI.
6. **Relatório:** aspecto do sangramento, medicamentos (AINE, corticoide, anticoagulante, ferro), comorbidades e exames.

Detalhes em **Hemorragia digestiva** (nesta área).

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

- "O H. pylori, na criança, quase nunca causa sintomas e não explica a dor de barriga do dia a dia; tratar sem necessidade expõe seu filho a antibióticos e aumenta a resistência. Exame de sangue para H. pylori não serve para decidir o tratamento."
- "Se o tratamento for indicado, são 14 dias com várias doses por dia: não pule doses nem pare antes. Diarreia leve, enjoo e gosto metálico são esperados; fezes escuras são normais se houver bismuto."
- "Depois, um exame de fezes ou de sopro confirma a cura; o remédio do estômago deve ser suspenso pelo menos 2 semanas antes."
- "Não dê anti-inflamatórios (ibuprofeno, ácido acetilsalicílico) por conta própria, principalmente com dor no estômago."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** vômito com sangue ou com aspecto de borra de café, fezes pretas e pegajosas (como piche), palidez intensa, desmaio, coração acelerado, dor de barriga forte e repentina com barriga dura, vômitos que não param.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Quem investigar	Úlcera ou erosões, anemia ferropriva refratária, PTI crônica, MALT (2023)	Sem posição pediátrica específica localizada	Revisão Pediatric Rev 2020: só com alta suspeita de úlcera	Sem diretriz pediátrica (NG1 não aborda)	Idem SBP; PTI crônica com recaída ou refratária (SEGHNP 2021)	Revisão de autores (2020) segue ESPGHAN/NA SPGHAN	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
PTI crônica	Investigar (2023)	—	—	—	Investigar se recaída ou refratária	—	—	Segue o NICE
Dor funcional e "test and treat"	Não investigar; teste terapêutico não recomendado	—	Não investigar na dor recorrente	CG184 (adultos) admite "test and treat"; não se aplica à criança	"Test and treat" contraindicado	Idem ESPGHAN	—	Segue o NICE
Tratamento	Sem esquema próprio; cita ESPGHAN/NA SPGHAN 2016 e SEGHNP	—	Doses por peso da ESPGHAN/NA SPGHAN 2016	—	14 dias guiado por antibiograma; bismuto ou metronidazol sem antibiograma	Idem	—	Segue o NICE
Controle da cura	Antígeno fecal monoclonal; teste respiratório > 6 anos	—	Testar após tratamento	—	≥ 4 semanas, antígeno fecal ou respiratório	Idem	—	Segue o NICE

Leitura: SBP (GPA nº 45/2023), SEGHNP/AEP e ESPGHAN/NASPGHAN concordam no essencial: *H. pylori* não explica a dor funcional, sem "test and treat" nem sorologia, investigação endoscópica com cultura e antibiograma, 14 dias de tratamento e confirmação sempre por teste não invasivo. Duas divergências: na **PTI crônica**, a ESPGHAN/NASPGHAN 2023 passou a **sugerir não investigar nem tratar**, enquanto SBP e SEGHNP mantêm a investigação; no **câncer gástrico em parente de primeiro grau**, a ESPGHAN sugere teste não invasivo e a SBP não indica investigação por história familiar. Em ambas o site adota a SBP (e o documento de PTI do site). Diferenças menores: teste respiratório C-14 (SBP) ou C-13 (ESPGHAN); controle em 6–8 semanas (ESPGHAN) ou ≥ 4 (SEGHNP); probiótico só na SEGHNP. Ministério da Saúde, NICE, Harvard, Oxford e Cambridge não têm posição pediátrica localizada. Como a SBP não publica doses, o site usa as da ESPGHAN/NASPGHAN 2023 (a SBP cita a de 2016).

Posição do site: SBP.

PONTOS PRÁTICOS

1. *H. pylori* não causa dor funcional: não pesquise sem sinais de alarme, na baixa estatura nem por história familiar.
2. Sorologia e "test and treat" não têm lugar na criança; só investigue, por endoscopia com cultura e antibiograma, se a intenção for tratar.
3. Claritromicina só com cepa sensível; sem antibiograma, bismuto ou amoxicilina em dose alta com metronidazol, sempre por 14 dias.
4. Confirme sempre a cura com antígeno fecal monoclonal ou teste respiratório, com o IBP suspenso há 2 semanas.
5. Úlcera por anti-inflamatório: suspenda o AINE e use IBP; para dor e febre, paracetamol ou dipirona.
6. Hematêmese, melena, choque ou dor súbita com abdome em tábua: pronto-socorro, com acesso, oxigênio e jejum.

Veja também, nesta Biblioteca: **Hemorragia digestiva** (nesta área); **Dor abdominal crônica e distúrbios funcionais**, **Vômitos no lactente**, **refluxo fisiológico e DRGE**, **Anemia ferropriva** e **Dor abdominal aguda** (Patologias do consultório); **Púrpura trombocitopênica imune (PTI) na criança** (Hematologia).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamentos Científicos de Gastroenterologia e de Hepatologia. Exames complementares mais comuns na prática clínica da Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas (Guia Prático de Atualização nº 45), 2023 — seção 3.2, Diagnóstico de infecção pelo *Helicobacter pylori*. [PDF](#)
- ESPGHAN/NASPGHAN. Homan M, Jones NL et al. Updated joint ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for management of *Helicobacter pylori* infection in children and adolescents (2023). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2024. [Wiley](#); [PDF](#)
- SEGHN, AEPap, SEPEAP e SEIMC. Galicia Poblet G et al. Manejo de la infección por *Helicobacter pylori* en la edad pediátrica (documento de consenso), 2021. [PDF](#)
- AEP/SEGHNP. Galicia Poblet G, Urruzuno Tellería P, Cilleruelo Pascual ML. Gastritis y enfermedad ulcerosa péptica. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2023. [PDF](#)
- NASPGHAN/ESPGHAN. Rosen R et al. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines, 2018 (segurança dos IBP). [PMC](#)

- American Academy of Pediatrics. Korotkaya Y, Shores D. Helicobacter pylori in Pediatric Patients. Pediatrics in Review, 2020. [Johns Hopkins](#)
- NICE. Gastro-oesophageal reflux disease in children and young people (NG1). [nice.org.uk](#); Gastro-oesophageal reflux disease and dyspepsia in adults (CG184). [nice.org.uk](#)

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.