

Púrpura trombocitopênica imune (PTI) na criança

Da criança bem com petéquias após uma virose à decisão entre observar e tratar, com escala de sangramento, mielograma, corticoide e imunoglobulina com doses, emergência, PTI crônica e vacinas, segundo SBP 2024, PCDT do Ministério da Saúde 2026 e ASH 2019

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

Professor do Centro Universitário Max Planck

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

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

CONTEÚDO

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

EM RESUMO

A PTI é uma **plaquetopenia isolada** ($< 100.000/\text{mm}^3$) por destruição imune, típica de **criança de 1 a 6 anos, bem, com petéquias e equimoses** semanas após uma virose ou vacina. O diagnóstico é de **exclusão**: hemoglobina e leucócitos normais, **esfregaço sem blastos**, sem febre persistente, dor óssea, hepatoesplenomegalia ou adenomegalia — se houver qualquer um desses, ou outra série alterada, pense em **leucemia** (🔴). A contagem de plaquetas não prediz o sangramento: quem decide é a **escala de sangramento** (SBP 2024). Graus I e II (só pele) = **observação sem tratamento e sem internação**, com reavaliação em 24 a 72 horas, de preferência pelo hematologista pediátrico (🟢). Sangramento de mucosa (grau III) pede tratamento com o hematologista: **prednisolona** — com **mielograma** antes (SBP) — ou **imunoglobulina 0,8–1 g/kg** (🟡). Suspeita de **hemorragia intracraniana** ou sangramento com instabilidade = **pronto-socorro** (🔴); só então se transfundem plaquetas. Em todos: **sem ácido acetilsalicílico, sem AINE, sem injeção intramuscular e sem esportes de contato** enquanto as plaquetas estiverem baixas.

1. O que é e como se apresenta

A **trombocitopenia imune primária** (o consenso de 2009 trocou "idiopática" por "imune") resulta de autoanticorpos IgG contra glicoproteínas plaquetárias: as plaquetas são destruídas no baço e no fígado em horas, e a produção pelos megacariócitos também cai (SBP 2024). Incide em 5 a 10 por 100.000 crianças por ano, com pico de **1 a 6 anos**.

Quadro típico: criança bem com **petéquias, púrpura e equimoses** súbitas, às vezes epistaxe ou gengivorragia, **2 a 6 semanas após virose** ou vacina (sobretudo tríplice viral); exame normal fora da pele e mucosas.

Evolução: cerca de 85% se recuperam sozinhos em até 3 meses (SBP 2024) e 80% em 6 a 12 meses (PCDT 2026); o tratamento eleva as plaquetas mais rápido, mas **não reduz a evolução para a forma crônica** (PCDT 2026). A **hemorragia intracraniana é rara** ($< 0,5\%$). No adolescente, a PTI tende à cronicidade e à doença autoimune.

Fases (SBP 2024; PCDT 2026): recém-diagnosticada (< 3 meses), persistente (3 a 12 meses) e crônica (> 12 meses). A **PTI secundária** (lúpus, Evans, imunodeficiência, HIV, hepatite C, medicamentos) segue a doença de base.

2. Classificação de gravidade

Escala de sangramento (SBP 2024, adaptada do consenso internacional de 2019):

GRAU	SANGRAMENTO	CONDUTA (SBP)
I — menor	Até 100 petéquias e/ou até 5 equimoses ≤ 3 cm; sem mucosa	Observação
II — leve	Mais de 100 petéquias e/ou mais de 5 equimoses > 3 cm; sem mucosa	Observação
III — moderado	Sangramento de mucosa evidente, que interfere nas atividades	Intervenção para voltar aos graus I–II
IV — grave	Mucosa com queda de hemoglobina > 2 g/dL ou suspeita de sangramento interno	Intervenção imediata

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
 Leve	PTI típica já avaliada pelo hematologista; graus I–II ; sem fatores de risco; família que entende os sinais de alerta e tem acesso ao serviço	Observação em casa, sem tratamento e sem internação, qualquer que seja a contagem (SBP 2024); reavaliação em 24–72 h, de preferência pelo hematologista
 Moderada	Primeiro episódio de púrpura com plaquetopenia, ainda sem avaliação do especialista; grau III sem instabilidade (epistaxe que não cede, gengivorragia, hematúria, menorragia); graus I–II com fatores de risco ou sem condição de reavaliação	Hematologista pediátrico com urgência ou pronto-socorro de referência: confirmar o diagnóstico e decidir o tratamento; internar se houver questão social (SBP 2024)
 Grave	Grau IV; sinais de hemorragia intracraniana (cefaleia intensa, vômitos, sonolência, irritabilidade, convulsão, déficit focal); trauma de crânio ; sangramento com taquicardia ou hipotensão; outra série alterada, blastos, visceromegalia, adenomegalia ou dor óssea (leucemia); febre com petéquias	Pronto-socorro/hospital: SAMU (192), acesso venoso, oxigênio; tratamento combinado de emergência no hospital

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Trauma de crânio recente; criança agitada; esporte de contato; AAS, AINE, anticoagulante; coagulopatia.
- **Hematúria** (maior risco de sangramento intracraniano — SBP 2024); mudança de humor; menorragia; dificuldade de reavaliação.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese: infecção ou vacina nas últimas 6 semanas; sangramentos prévios; medicamentos (valproato, sulfametoxazol-trimetoprima, heparina); família; febre, perda de peso, dor óssea; eczema e infecções em menino (Wiskott-Aldrich).

Exame físico: mapear petéquias, examinar boca e nariz; **pesquisar hepatoesplenomegalia e adenomegalia** (a PTI não as tem); pressão arterial, exame neurológico.

Exames:

- **Hemograma com esfregaço de sangue periférico** (essencial — SBP 2024): plaquetas < 100.000/mm³, **hemoglobina e leucócitos normais** (anemia só proporcional ao sangramento), plaquetas grandes, **sem blastos**.
- Criança bem, sem sangramento: repetir em tubo com citrato para afastar **pseudoplaquetopenia pelo EDTA** (PCDT 2026).
- **TP e TTPA** se houver sangramento de mucosa, plaquetopenia importante ou procedimento (PCDT 2026); **urina tipo 1**; tipagem ABO/Rh e Coombs direto.
- Com o hematologista: **imunoglobulinas** (imunodeficiência; antes da imunoglobulina — SBP 2024), sorologias (HIV, hepatites, citomegalovírus, Epstein-Barr), FAN e antifosfolípidos no adolescente, *H. pylori* na forma crônica.

Mielograma (SBP 2024): na **dúvida diagnóstica** (mais de uma série alterada, esplenomegalia, adenomegalia); **antes de corticoide** — a SBP o recomenda fortemente, porque o corticoide pode mascarar uma leucemia (para a imunoglobulina, a SBP não faz essa exigência); sem remissão em 3 a 6 meses, falha de tratamento, recaídas, PTI crônica.

Diagnóstico diferencial que não pode passar: leucemia e aplasia (citopenia em mais de uma série, febre, dor óssea, visceromegalias); **doença meningocócica** (febre com petéquias); **dengue** (prova do laço positiva com ≥ 10 petéquias — MS), sepse e coagulação intravascular disseminada; **síndrome hemolítico-urêmica** (anemia hemolítica e lesão renal após diarreia); **vasculite por IgA** (púrpura palpável com **plaquetas normais**); **maus-tratos** (plaquetas e coagulação normais); plaquetopenias hereditárias, síndrome de Evans, lúpus.

4. Tratamento e seguimento

O pediatra exclui o que é grave, pede hemograma com esfregaço, classifica o sangramento, orienta a família e decide com o hematologista pediátrico observar ou tratar (SBP 2024). O objetivo é **parar o sangramento**, não o número.

Observação: é a conduta dos graus I e II, com qualquer contagem (SBP 2024); a ASH (2019) prefere observação a corticoide ou imunoglobulina sem sangramento ou com sangramento menor; o PCDT (2026), observação se só houver pele.

Quando tratar (SBP 2024): graus III e IV; piora do sangramento; apatia, irritabilidade ou outro sinal de risco no sistema nervoso central; criança agitada com risco de trauma; hematúria; medicamento ou doença que aumente o risco de sangramento.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Prednisolona ou prednisona VO	4 mg/kg/dia , máx. 200 mg/dia	3–4 tomadas	4 dias	SBP 2024; PCDT 2026 (3–4 dias). Mielograma antes (SBP)
Prednisolona ou prednisona VO (alternativa)	1–2 mg/kg/dia , máx. 80 mg/dia	1–2 tomadas	1–2 semanas; se mais longo, reduzir até suspender em 3 semanas	SBP 2024. PCDT 2026: 4–21 dias, de preferência < 7 dias sem sangramento maior
Imunoglobulina humana IV (IgIV)	0,8–1 g/kg	Dose única; repetir se persistir o sangramento ou a resposta for parcial	1 (até 2) dias	SBP 2024; PCDT 2026. Resposta em 1–2 dias; pré-hidratação com SF 0,9% 10–20 mL/kg e infusão lenta (PCDT)
Metilprednisolona IV	30 mg/kg/dia , máx. 1 g/dia	1 vez ao dia	3 dias	SBP 2024; PCDT 2026. Sangramento grave, com a IgIV
Dexametasona VO/IV	0,6 mg/kg/dia, máx. 40 mg/dia	1 vez ao dia	4 dias	PCDT 2026 (SBP: 28 mg/m ² IV). Uso do especialista

- **Não usar:** imunoglobulina anti-D (sem aprovação da Anvisa para PTI — SBP 2024; não recomendada pelo PCDT); corticoide sem diagnóstico seguro; corticoide por mais de 7 dias sem sangramento maior (ASH 2019); **ácido acetilsalicílico, ibuprofeno e outros AINE;** injeção intramuscular.
- **Febre e dor:** paracetamol 10–15 mg/kg/dose 4–6 h, máx. 75 mg/kg/dia (padrão do site).
- **Plaquetas:** não transfundir, salvo sangramento grave ou cirurgia de urgência (PCDT 2026).
- **Epistaxe:** compressão por 10 minutos, cabeça para a frente; antifibrinolítico se persistir, com o hematologista; **menorragia:** antifibrinolítico ou hormônio (SBP 2024).

Emergência (no hospital): plaquetas em dose 2 a 3 vezes maior que a habitual (PCDT: 3 unidades para cada 10 kg) + metilprednisolona 30 mg/kg IV + IgIV 0,8–1 g/kg, repetindo IgIV e corticoide se as plaquetas não subirem em 24 horas (SBP 2024; PCDT 2026).

Seguimento (PCDT 2026): hemograma diário enquanto houver sangramento ativo ou, a critério médico, com plaquetas < 10.000/mm³; depois, reavaliação com plaquetas em cerca de 3 semanas e hemograma entre 3 e 6 meses. Resposta: **≥ 30.000/mm³ e pelo menos o dobro da contagem inicial** (SBP 2024).

PTI persistente e crônica (especialista):

- Em geral, plaquetas de 20.000 a 30.000/mm³; restringir atividades **não é obrigatório para todos** (SBP 2024).
- Segunda linha: **eltrombopague** (VO, acima de 6 anos; 50 mg/dia, máx. 75 mg; 25 mg na ascendência asiática; em jejum e longe de leite, cálcio e ferro — PCDT 2026), **romiplostim** (SC semanal, a partir de 1 ano; 1 mcg/kg/semana, máx. 10 — PCDT 2026), **rituximabe** (acima de 2 anos; 375 mg/m²/semana por 4 semanas — PCDT 2026), azatioprina, ciclofosfamida. **O site adota a SBP:** agonistas do receptor da trombopoetina preferidos à esplenectomia; no SUS, o PCDT exige antes falha de rituximabe, azatioprina ou ciclofosfamida.
- **Esplenectomia:** exceção; evitar antes de 5 anos e no primeiro ano (SBP 2024); vacinas para encapsulados pelo menos 2 semanas antes; depois, profilaxia antibiótica e febre = urgência.

Vacinas e PTI:

- **PTI após a tríplice viral** (1/30.000 a 1/40.000 vacinados, 12 a 25 dias após a dose, em geral benigna): **notificação obrigatória (compulsória)**, investigação e **contraindicação das doses seguintes** (Ministério da Saúde, Manual de EAPV 2020).
- **PTI sem relação com vacina:** em geral vacinar (a PTI após sarampo ou rubéola é mais frequente que após a vacina), com intervalo mínimo de **6 semanas** (Manual de EAPV 2020; sem posição da SBP).
- **Após IgIV, adiar tríplice viral e varicela:** 1 g/kg → **10 meses**; 2 g/kg → 11 meses; plaquetas → 7 meses (Manual dos CRIE 2023, Tabela 5 — Guia Vacinal). Inativadas, sem restrição.
- **Plaquetopenia < 50.000/mm³:** via subcutânea quando permitida, agulha fina, compressão por 2 minutos, ou aguardar (Guia Vacinal; Manual de EAPV 2020).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Sinais de **hemorragia intracraniana** (cefaleia intensa, vômitos, sonolência, irritabilidade, convulsão, alteração visual, déficit focal) ou **trauma de crânio**, mesmo sem sintomas.
- **Grau IV:** sangramento de mucosa volumoso ou persistente, hematêmese, melena, hematúria macroscópica, queda de hemoglobina > 2 g/dL, taquicardia ou hipotensão.
- **Outra série alterada ou blastos**, hepatoesplenomegalia, adenomegalia, dor óssea ou febre persistente (leucemia).
- **Febre com petéquias** (doença meningocócica); grau III sem acesso imediato ao hematologista; família sem condição de vigiar (internação — SBP 2024).

Como encaminhar

1. SAMU (192) se houver sinal neurológico, instabilidade ou sangramento ativo; contato prévio com o serviço.
2. Decúbito lateral se vomitar ou estiver sonolento; **oxigênio para manter SpO2 94–98%**; acesso venoso em punção única, se possível; convulsão: protocolo do site (crise $\geq$ 5 minutos = estado de mal).
3. **Nenhuma injeção intramuscular**, AINE ou ácido acetilsalicílico; compressão local nos sangramentos acessíveis.
4. Febre com petéquias: **ceftriaxona 1ª dose 100 mg/kg (máx. 4 g)** antes da transferência, se não atrasar a remoção (padrão do site), de preferência IV na plaquetopenia.
5. **Relatório:** hemogramas, medicamentos, vacinas, peso.

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

- "Na PTI, as defesas do corpo destroem as plaquetas por engano, em geral após uma virose; na maioria das crianças passa sozinha."
- "Enquanto as plaquetas estiverem baixas: nada de AAS, ibuprofeno ou outros anti-inflamatórios — para febre ou dor, paracetamol na dose indicada. Evite injeção no músculo, esportes de contato, cama elástica e brincadeiras de risco; capacete na bicicleta."
- **Pronto-socorro imediatamente se houver:** dor de cabeça forte, vômitos, sonolência, convulsão ou fraqueza de um lado; pancada na cabeça; sangramento do nariz ou da boca que não para em 10–15 minutos; urina vermelha; fezes pretas; menstruação muito intensa; palidez; febre com manchas roxas.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Definição e fases	< 100.000/mm ³ isolada; < 3, 3–12, > 12 meses (2024)	Idem (PCDT 2026)	Sem diretriz própria; revisão Pediatr Rev 2026	Sem diretriz clínica de PTI	Idem (SEHOP, PTI-2018)	Sem posição específica localizada	Cura em 6–12 meses na maioria	Segue o NICE
Mielograma	Dúvida diagnóstica, sem remissão, falha e antes do corticoide	Não necessário no início; atípico ou falha	—	—	Atípico, outras citopenias, falha	—	—	Segue o NICE
Quando tratar	Graus III–IV; I–II observação, sem internação	Só pele: observação; sangramento significativo: tratar	Pela gravidade dos sintomas	—	Só pele: observação; mucosa ou risco: tratar	—	Corticoide ou IgIV se preciso subir rápido	Segue o NICE
Corticoide	4 mg/kg/dia 4 dias (máx. 200 mg) ou 1–2 mg/kg/dia 1–2 semanas	4 mg/kg/dia 3–4 dias ou 1–2 mg/kg/dia; < 7 dias	—	—	4 mg/kg/dia 4 dias (máx. 180 mg), depois 2 mg/kg 3 dias	—	Oral, citado	Segue o NICE
IgIV e emergência	0,8–1 g/kg; plaquetas 2–3× + metilprednisolona + IgIV	0,8–1 g/kg; plaquetas 3 U/10 kg; sem anti-D	—	—	0,8–1 g/kg se sangramento ativo e < 30.000	—	Citada	Segue o NICE
PTI crônica	Agonistas da trombopoetina antes da esplenectomia	Rituximabe, azatioprina ou ciclofosfamida, depois agonistas	—	Eltrombopague só em adultos (TA293)	Agonistas da trombopoetina em 1ª linha	—	Rituximabe citado	Segue o NICE
Tríplice viral	Sem posição específica	PTI pós-vacina: sem novas doses; outra PTI: 6 semanas	Sem posição localizada (ACIP: precaução)	—	—	—	—	Segue o NICE

Leitura: as referências concordam que a PTI da criança é diagnóstico de exclusão, que a maioria cura sozinha, que **a contagem de plaquetas não decide o tratamento**, que só sangramento de pele pede **observação**, que corticoide e imunoglobulina são a primeira linha e que plaquetas ficam para o sangramento grave. Divergências (a ASH 2019 entra como apoio): (1) **mielograma antes do corticoide** — a SBP o recomenda fortemente; o consenso internacional de 2019, o PCDT e a AEP o dispensam no quadro típico; (2) **dose e duração do corticoide** — 4 mg/kg/dia por 4 dias (SBP, AEP), 1–2 mg/kg/dia por até 21 dias (PCDT) ou 2–4 mg/kg/dia, máx. 120 mg, por 5–7 dias (ASH); (3) **segunda linha** — SBP, AEP e ASH preferem os agonistas da trombopoetina; o PCDT exige antes rituximabe, azatioprina ou ciclofosfamida; (4) **tríplice viral** — o MS contraindica as doses seguintes após PTI pós-vacinal; o ACIP a trata como precaução. **O site adota a SBP** (graus, mielograma antes do corticoide, doses e segunda linha) e, na tríplice viral, sem posição da SBP, o Ministério da Saúde.

PONTOS PRÁTICOS

1. Plaquetopenia isolada em criança bem, após virose, com hemoglobina, leucócitos e esfregaço normais e sem visceromegalias = PTI provável; outra série alterada, blastos, dor óssea ou hepatoesplenomegalia = leucemia até prova em contrário (●).
2. Trate o sangramento, não o número: graus I–II = observação, sem internação, com reavaliação em 24–72 h, de preferência pelo hematologista.
3. Corticoide só com diagnóstico seguro e mielograma antes (SBP); a imunoglobulina 0,8–1 g/kg dá a resposta mais rápida, sem essa exigência.
4. Transfusão de plaquetas só no sangramento grave ou intracraniano, com metilprednisolona e imunoglobulina.
5. Sem AAS, AINE, injeção intramuscular e esportes de contato; febre e dor com paracetamol.
6. PTI após tríplice viral: notificação obrigatória (compulsória) e sem novas doses (MS); após IgIV 1 g/kg, tríplice viral e varicela só após 10 meses.

Veja também, nesta Biblioteca: **A criança que sangra** (nesta área); **A pele como sinal de doença sistêmica na criança**; **Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA)** e **Diagnóstico Precoce do Câncer Infantil**; **Nefropatia por IgA** e **Vasculite por IgA**; **Síndrome hemolítico-urêmica (SHU)**; **Distúrbios Hematológicos do RN**; **ESAVI**, **Vacinação do imunocomprometido** e **Guia Vacinal**.

8. Fontes

- SBP, Departamento Científico de Hematologia e Hemoterapia. Trombocitopenia Imune Primária (PTI). Documento Científico nº 135, 2024. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. PCDT Trombocitopenia Imune Primária (Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 41, de 25/02/2026). gov.br/conitec
- Ministério da Saúde. Manual de vigilância de eventos adversos pós-vacinação, 4ª ed., 2020. [PDF](#)
- ASH. Neunert C et al. 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. Blood Adv, 2019. [PMC](#)
- Provan D et al. Updated international consensus report on primary immune thrombocytopenia. Blood Adv, 2019. [PMC](#)
- AAP. Dolatshahi L, Ashraf A. Immune Thrombocytopenia in Children. Pediatr Rev, 2026 (resumo). [PubMed](#)
- NICE. Eltrombopag for chronic ITP (TA293), 2013. nice.org.uk

- AEP/SEHOP. Monteagudo E et al. Protocolo PTI-2018. An Pediatr, 2019. analesdepediatria.org
- Boston Children's Hospital. ITP. childrenshospital.org
- Immunize.org. Ask the Experts — MMR, contraindications and precautions. immunize.org

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.