

Biológicos e inibidores de JAK na dermatite atópica e na psoríase

Dupilumabe, tralokinumabe, lebrikizumabe, nemolizumabe, upadacitinibe, abrocitinibe e baricitinibe na dermatite atópica; etanercepte, adalimumabe, ustequinumabe, secuquinumabe, ixequizumabe e risanquizumabe na psoríase, com idades da Anvisa, FDA e EMA, PCDT 2025 e 2021, preparo, vacinas e eventos adversos

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. Em estudo (fase 3 e 4)
6. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
7. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
8. Comparação com as referências
9. Fontes

EM RESUMO

Na **dermatite atópica (DA)** e na **psoríase**, a terapia sistêmica é do especialista (alergista e imunologista ou dermatologista pediátrico) e só entra depois de **tratamento tópico otimizado** com adesão conferida. No SUS, a DA grave segue o **PCDT de 2025**: primeiro **ciclosporina ou metotrexato** e, na falha, **dupilumabe (6 meses a 11 anos)** ou **upadacitinibe (12 a 17 anos, ≥ 40 kg)**; na psoríase, o **PCDT de 2021** prevê na criança o **etanercepte (6 a 18 anos)**. Fora do SUS há opções para adolescentes (tralokinumabe, lebrikizumabe, nemolizumabe, abrocitinibe) e, na psoríase, anti-IL-12/23 e anti-IL-17 a partir de 6 anos. O pediatra **reconhece a indicação e encaminha com prioridade (🟡)**, **prepara a criança** (PPD ou IGRA, hepatites B e C, HIV, varicela e **vacinas vivas pelo menos 4 semanas antes**) e acompanha crescimento, vacinas não vivas e infecções. A maioria das intercorrências é leve (🟢). **Anafilaxia após a aplicação, febre em quem usa JAK ou biológico imunossupressor (anti-TNF, anti-IL-17, anti-IL-12/23), mesmo em bom estado, febre com toxemia em quem usa ciclosporina ou metotrexato, eczema herpético, varicela no imunossuprimido, sinais de trombose e psoríase pustulosa ou eritrodérmica** são pronto-socorro (🔴).

1. O que é e como se apresenta

A DA e a psoríase são doenças inflamatórias crônicas de eixos imunes diferentes, e por isso os alvos são outros:

- **DA — inflamação tipo 2:** IL-4 e IL-13 rompem a barreira e sustentam a inflamação; a IL-31 é a principal citocina do prurido. Os alvos são o receptor IL-4R α (dupilumabe), a IL-13 (tralokinumabe, lebrikizumabe), o receptor da IL-31 (nemolizumabe) e as Janus quinases que transmitem esses sinais (upadacitinibe e abrocitinibe, seletivos para JAK1; baricitinibe, JAK1/JAK2).
- **Psoríase — eixo IL-23/IL-17:** linfócitos Th17 e TNF- α mantêm a placa (SBP 2020; PCDT 2021). Os alvos são o TNF- α (etanercepte, adalimumabe), a subunidade p40 da IL-12/IL-23 (ustequinumabe), a p19 da IL-23 (risankizumabe) e a IL-17A (secuquinumabe, ixequizumabe).

Quem é candidato: DA grave (SCORAD > 50 ou EASI > 21, com impacto em sono, escola e qualidade de vida) sem controle apesar de emoliente, corticoide tópico e inibidor de calcineurina bem usados (PCDT 2025; ASBAI/SBP 2022); psoríase **moderada a grave** (PASI > 10, BSA > 10% ou índice de qualidade de vida > 10) sem resposta à terapia padrão (PCDT 2021). Critérios e escada: **Dermatite atópica** (Alergia e imunologia) e **Psoríase na infância e na adolescência** (Dermatologia).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Criança estável em uso de biológico ou JAK; reação no local da injeção; conjuntivite leve, herpes labial localizado, acne leve (JAK); infecção respiratória leve sem febre (com febre, ver ● e ●)	Seguimento pelo pediatra com o especialista; tratar a intercorrência; não suspender o biológico por conta própria ; colírio lubrificante e contato com o especialista na conjuntivite
● Moderada	Indicação de terapia sistêmica (DA grave ou psoríase moderada a grave sem resposta ao tratamento otimizado); conjuntivite ou ceratite que não melhora, dor ocular ou baixa visual; febre em bom estado em uso de ciclosporina ou metotrexato, sem biológico nem JAK; alteração laboratorial (neutrófilos < 1.000/mm ³ , linfócitos < 500/mm ³ , transaminases elevadas); diarreia persistente ou com sangue em uso de anti-IL-17	Encaminhar com prioridade ao especialista; febre: avaliação no mesmo dia e contato com o especialista; olho: oftalmologista com urgência; não iniciar corticoide sistêmico
● Grave	Anafilaxia ou reação sistêmica após a aplicação; febre (axilar ≥ 37,5 °C) em uso de JAK, anti-TNF, anti-IL-17 ou anti-IL-12/23, mesmo em bom estado (imunossupressão de alto grau, conforme Febre e infecção na criança imunocomprometida e com dispositivos); febre com toxemia, sepse ou pneumonia em uso de ciclosporina ou metotrexato; eczema herpético ; varicela, zóster disseminado ou sarampo no imunossuprimido; trombose (dor e edema de membro, dispneia súbita, dor torácica) ou sinais neurológicos agudos em uso de JAK; psoríase pustulosa generalizada ou eritrodermia	Pronto-socorro/hospital ; anafilaxia pelo Protocolo de Anafilaxia do site

Febre em uso de biológico imunossupressor ou inibidor de JAK — padrão do site (decisão do Dr. Stefani, 03/10/2026): é ● (pronto-socorro) mesmo em bom estado, conforme **Febre e infecção na criança imunocomprometida e com dispositivos** (Infectologia); só com imunossupressor convencional isolado (metotrexato, ciclosporina, azatioprina), sem biológico nem JAK, a febre em bom estado é ● (avaliação no mesmo dia e contato com o especialista). O documento **Artrite idiopática juvenil** (Reumatologia) segue o mesmo padrão.

Fatores que elevam o risco

- Inibidor de JAK ou anti-TNF; associação com corticoide sistêmico, ciclosporina ou metotrexato; lactente; desnutrição.
- Tuberculose latente não tratada ou contato domiciliar, hepatite B (HBsAg ou anti-HBc positivo), suscetível à varicela.

- Obesidade e história familiar de trombose (JAK).

3. Diagnóstico no consultório

Reconhecer a indicação: medir a gravidade (SCORAD ou EASI; BSA e CDLQI), conferir técnica, quantidade de emoliente e adesão antes de rotular falha e afastar o que imita a doença refratária: **escabiose, dermatite de contato, tinea e erro inato da imunidade com eczema** (Wiskott-Aldrich, hiper-IgE, IPEX — infecções graves, plaquetas baixas, diarreia crônica; ver **Erros inatos da imunidade — quando suspeitar e como começar**).

Triagem antes de iniciar (PCDT 2025; PCDT 2021; PCDT AIJ 2026):

- **Tuberculose:** história de contato, radiografia de tórax e **PPD ou IGRA**; PPD ≥ 5 mm ou IGRA reagente, excluída a doença ativa, trata a infecção latente antes do imunossupressor; PPD ou IGRA anual em área de alta carga (PCDT 2025).
- **Sorologias:** HBsAg, anti-HBc, anti-HBs, anti-HCV, HIV; **varicela** (IgG, se não houver 2 doses ou doença prévia).
- **Hemograma, transaminases, creatinina;** com JAK, também **lipídios e CPK** (PCDT 2025); teste de gravidez na adolescente.
- **Carteira de vacinas** conferida com o **CRIE** (ver abaixo).

4. Tratamento e seguimento

Especialista: escolha, prescrição (PCDT, pelo CEAF, ou saúde suplementar), resposta (DA: EASI-50 em 3 meses e EASI-75 em 6 — PCDT 2025) e suspensão. **Pediatra:** preparo, vacinas, crescimento, infecções e eventos adversos.

Tabela-resumo

MEDICAMENTO	ALVO	INDICAÇÃO PEDIÁTRICA	IDADE MÍNIMA (ANVISA / FDA / EMA)	SUS	VIA E INTERVALO	FONTE
Dupilumabe	IL-4Rα (IL-4 e IL-13)	DA; também asma, EoE	6 meses / 6 meses / 6 meses	DA grave 6 meses a 11 anos (PCDT 2025)	SC a cada 2 ou 4 semanas por peso	Bula; PCDT 2025
Tralokinumabe	IL-13	DA	Registro não localizado / 12 anos / 12 anos	Não	SC a cada 2 semanas	EMA; NICE TA814
Lebrikizumabe	IL-13	DA	12 anos e ≥ 40 kg / 12 anos e ≥ 40 kg / 12 anos e ≥ 40 kg	Não	SC a cada 2 semanas, depois a cada 4	Anvisa 10/2024; NICE TA986
Nemolizumabe	Receptor da IL-31	DA (prurido)	Registro não localizado / 12 anos / 12 anos	Não	SC a cada 4 semanas	FDA 12/2024; EMA 02/2025
Upadacitinibe	JAK1	DA	12 anos / 12 anos / 12 anos	12 a 17 anos, ≥ 40 kg (PCDT 2025)	VO diário	Bula; PCDT 2025
Abrocitinibe	JAK1	DA	12 anos / 12 anos / 12 anos	Não (Conitec 2024)	VO diário	InfoSUS; NICE TA814
Baricitinibe	JAK1/JAK2	DA; AIJ; alopecia	DA só adultos / sem indicação em DA / 2 anos	Não	VO diário	InfoSUS; EMA
Etanercepte	TNF-α	Psoríase em placas; AIJ	6 anos (Enbrel 25 mg; seringa de 50 mg ≥ 8 anos e ≥ 62,5 kg — bula 10/2025) / 4 anos / 6 anos	Psoríase 6 a 18 anos (PCDT 2021)	SC semanal	Bula; PCDT 2021
Adalimumabe	TNF-α	Psoríase (Europa); AIJ, uveíte, Crohn	Psoríase só adultos / sem indicação na	Psoríase só adultos	SC a cada 2 semanas	Bula; NICE TA455

MEDICAMENTO	ALVO	INDICAÇÃO PEDIÁTRICA	IDADE MÍNIMA (ANVISA / FDA / EMA)	SUS	VIA E INTERVALO	FONTE
			psoríase pediátrica / 4 anos			
Ustequinumabe	p40 (IL-12/IL-23)	Psoríase em placas	6 anos / 6 anos / 6 anos	Psoríase só adultos	SC semanas 0 e 4, depois a cada 12	Bula
Secuquinumabe	IL-17A	Psoríase; artrite psoriásica juvenil e relacionada à entesite	6 anos / 6 anos / 6 anos	Psoríase só adultos	SC semanas 0 a 4, depois mensal	Bula; InfoSUS
Ixequizumabe	IL-17A	Psoríase	6 anos e > 50 kg / 6 anos / 6 anos (≥ 25 kg)	Não	SC a cada 4 semanas	Bula; InfoSUS
Risanquizumabe	p19 (IL-23)	Psoríase; artrite psoriásica	Só adultos / 6 anos (06/2026) / adultos	Psoríase só adultos	SC semanas 0 e 4, depois a cada 12	InfoSUS; AbbVie 2026

Doses pediátricas (prescrição do especialista)

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Dupilumabe SC (DA)	6 meses a 5 anos: 5 a < 15 kg 200 mg; 15 a < 30 kg 300 mg (sem ataque). 6–11 anos: 15 a < 30 kg 600 mg e depois 300 mg; 30 a < 60 kg 400 mg e depois 200 mg; ≥ 60 kg 600 mg e depois 300 mg	4/4 semanas (< 30 kg); 2/2 semanas (≥ 30 kg)	Contínuo; no SUS até completar 12 anos	PCDT 2025; bula. Conjuntivite em até 30%
Upadacitinibe VO (DA)	15 mg/dia	1 vez ao dia	Suspender sem benefício em 12 semanas; no SUS até completar 18 anos	PCDT 2025; 12 a 17 anos com ≥ 40 kg; interromper se neutrófilos < 1.000, linfócitos < 500/mm ³ ou Hb < 8 g/dL
Tralokinumabe SC (DA)	600 mg, depois 300 mg	A cada 2 semanas	Avaliar em 16 semanas	RCM europeu (EMA); adolescentes ≥ 12 anos; NICE TA814 só adultos
Etanercepte SC (psoríase)	0,8 mg/kg (máx. 50 mg)	Semanal	Até 24 semanas por ciclo; suspender sem resposta em 12	Bula brasileira (Enbrel 25 mg ≥ 6 anos; Enbrel PFS 50 mg ≥ 8 anos e ≥ 62,5 kg); PCDT 2021 (6 a 18 anos)
Adalimumabe SC (psoríase)	0,8 mg/kg (máx. 40 mg)	Semanas 0 e 1, depois a cada 2	Contínuo	AAD-NPF 2020; bula brasileira só adultos; EMA ≥ 4 anos
Ustequinumabe SC	< 60 kg 0,75 mg/kg; 60–100 kg 45 mg; > 100 kg 90 mg	Semanas 0 e 4, depois a cada 12	Contínuo	Bula (> 6 anos)
Secuquinumabe SC	< 50 kg 75 mg; ≥ 50 kg 150 mg (até 300 mg)	Semanas 0 a 4, depois mensal	Contínuo	Bula (≥ 6 anos)
Ixequizumabe SC	160 mg na semana 0, depois 80 mg	A cada 4 semanas	Contínuo	Bula brasileira: > 6 anos e > 50 kg; EMA ≥ 25 kg com dose por peso

Eventos adversos que o pediatra reconhece

- **Dupilumabe, tralokinumabe, lebrikizumabe: conjuntivite e blefarite** (colírio lubrificante; oftalmologista se dor, fotofobia ou baixa visual), herpes oral, eosinofilia transitória; sem

exames de rotina (bula; PCDT 2025).

- **Inibidores de JAK:** infecções (respiratórias, **herpes-zóster**, herpes simples), **acne**, náusea, aumento de **CPK e de lipídios**, citopenias; a FDA mantém alerta para infecções graves, malignidade, eventos cardiovasculares e **trombose** (bula). Hemograma, lipídios e CPK pelo especialista (PCDT 2025).
- **Anti-TNF:** **reativação de tuberculose** e hepatite B, infecções fúngicas, **doença desmielinizante** (suspender), psoríase paradoxal. **Ustequinumabe e risankizumabe:** bem tolerados.
- **Anti-IL-17:** **candidíase** mucocutânea e **doença inflamatória intestinal nova ou agravada** (diarreia com sangue = encaminhar).

Vacinas (Manual dos CRIE 2023, como em Vacinação da criança imunocomprometida e com doenças crônicas):

- **Antes:** completar o calendário; **não vivas ≥ 2 semanas e vivas ≥ 4 semanas antes** do início (varicela e tríplice viral nos suscetíveis).
- **Durante:** **vacinas vivas contraindicadas** com anti-TNF, anti-IL-17, anti-IL-12/23 e JAK (CRIE 2023; bulas). **Dupilumabe e anti-IL-13** não estão na lista de imunossupressores do CRIE, mas a bula e o PCDT 2025 pedem não aplicar vivas durante o uso: decidir com o especialista e o CRIE, de preferência completando as vivas antes (conduta do documento O que são as imunoterapias e como preparar a criança). **Não vivas liberadas**, com **influenza anual**, COVID-19, HPV e pneumocócica conforme o CRIE.
- **Conviventes:** vacinar todos, inclusive com vivas.
- **Recém-nascido de mãe em biológico na gestação:** BCG adiada conforme a droga (ver o documento de vacinas do imunocomprometido).

Não fazer: corticoide sistêmico para "segurar" a doença (rebote; pustulose ou eritrodermia na psoríase); vacina viva sem saber o medicamento e a data da última dose; suspender o biológico em infecção leve sem falar com o especialista.

5. Em estudo (fase 3 e 4)

Registros abertos no ClinicalTrials.gov:

ESTUDO (REGISTRO)	FASE	POPULAÇÃO	DESFECHO PRINCIPAL	SITUAÇÃO
Liberty AD (NCT03346434)	2/3	DA, 6 meses a 5 anos, dupilumabe	Eficácia e segurança	Concluído; base da aprovação a partir de 6 meses
TRAPEDS 2 (NCT06311682)	3	DA, 6 meses a 11 anos, tralokinumabe + corticoide tópico	Eficácia e segurança	Recrutando
ADorable-1 (NCT05559359)	3	DA, 6 meses a 17 anos, lebrikizumabe	IGA 0 ou 1 com redução ≥ 2 pontos	Ativo, sem recrutamento
Abrocitinibe 6 a < 12 anos (NCT06807268)	3	DA moderada a grave	IGA 0 ou 1	Recrutando
OptIMMize-1 (NCT04435600) e OptIMMize-2 (NCT04862286)	3	Psoríase, 6 a 17 anos, risanquizumabe	PASI e sPGA; segurança	Concluído e ativo; base da aprovação FDA 06/2026
BE TOGETHER (NCT06425549)	3	Psoríase, 6 a 17 anos, bimequizumabe × ustekinumabe	Eficácia e segurança	Ativo, sem recrutamento

6. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Anafilaxia** ou reação sistêmica (urticária generalizada, estridor, sibilância, hipotensão) após a aplicação.
- **Febre $\geq 37,5$ °C axilar em uso de JAK, anti-TNF, anti-IL-17 ou anti-IL-12/23, mesmo em bom estado** (Infecologia do site); com ciclosporina ou metotrexato, febre com toxemia, taquicardia, hipotensão, desconforto respiratório ou dor localizada intensa.
- **Eczema herpético**: aciclovir IV 10 mg/kg/dose de 8/8 h por 5–10 dias no hospital (SBP/ASBAI 2017, padrão do site).
- **Varicela, zóster disseminado ou sarampo** no imunossuprimido; **exposição** do suscetível: contato urgente com o CRIE para imunoglobulina.
- **Trombose** (edema doloroso de membro, dispneia súbita, dor torácica) ou déficit neurológico em uso de JAK ou anti-TNF.
- **Psoríase pustulosa generalizada ou eritrodermia**.

Como encaminhar: anafilaxia — **adrenalina IM 0,01 mg/kg (máx. 0,3 mg na criança, 0,5 mg no adolescente)** no vasto lateral, repetir em 5–15 min se necessário (Protocolo de Anafilaxia do site); oxigênio para manter **SpO2 entre 94% e 98%**; acesso venoso e expansão se choque; antitérmico se desconforto (dipirona 15 mg/kg/dose ou paracetamol 10–15 mg/kg/dose —

padrão do site); SAMU (192) se instável; contato prévio com o serviço; **relatório com o medicamento, a dose e a data da última aplicação**, exames de triagem e vacinas. Não aplicar nova dose do biológico até a avaliação do especialista.

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

- "O remédio não substitui o hidratante diário."
- "Olho vermelho, coçando ou lacrimejando é comum com a injeção para eczema; se doer, incomodar a luz ou a visão embaçar, procure o médico."
- "Antes de qualquer vacina, avise que a criança usa remédio para a imunidade; vacinas de vírus vivo não podem ser aplicadas."
- **Pronto-socorro se:** falta de ar, inchaço de lábios ou rosto e manchas pelo corpo logo após a injeção; febre em quem usa comprimido para eczema ou injeção para psoríase, ou febre com prostração; bolhas dolorosas que se espalham no eczema; catapora ou contato com catapora ou sarampo; perna inchada e dolorida ou falta de ar súbita (comprimido para eczema); bolinhas de pus pelo corpo ou pele vermelha no corpo todo (psoríase).

8. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão consultada	ASBAI/SBP, DA grave, 2022; DC nº 9, 2020 (psoríase)	PCDT DA, Portaria Conjunta nº 28, 27/11/2025; PCDT psoríase, Portaria Conjunta nº 18, 14/10/2021	Relatório clínico de DA, Pediátricos, jun/2025; AAD-NPF 2020 como apoio	CG57 (atualizada 22/09/2025); TA814 (2022), TA986 (2024), TA534 (2018), TA455 (2017)	Protocolos de Alergologia, 2019; AEDV 2025 (psoríase)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Primeiro sistêmico na DA	Imunobiológicos e JAK na DA grave refratária	Ciclosporina ou metotrexato; depois dupilumabe ou upadacitinibe	JTF e AAD: dupilumabe como 1º sistêmico ≥ 6 meses	Biológico ou JAK após ≥ 1 imunossupressor	Ciclosporina de escolha	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Adolescente com DA	Biológico ou JAK	Upadacitinibe; abrocitinibe e dupilumabe não incorporados	Biológicos e JAK ≥ 12 anos	Abrocitinibe, upadacitinibe, lebrikizumabe ≥ 12; tralokinumabe só adultos	—	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Biológico na psoríase pediátrica	Sem posição específica	Etanercepte 6 a 18 anos	AAD-NPF: etanercepte ≥ 6, ustekinumabe ≥ 12	Adalimumabe ≥ 4, etanercepte ≥ 6, ustekinumabe ≥ 12 (PASI ≥ 10)	Biológicos ≥ 6; adalimumabe ≥ 4	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Triagem e vacinas	Vacinas conforme CRIE	PPD ou IGRA, hepatites, HIV; sem vivas com dupilumabe	Sem vivas com imunossupressor	Conforme a bula	Calendário antes do sistêmico	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: há concordância em que a terapia sistêmica é do especialista, depois de tratamento tópico otimizado, com triagem de tuberculose e hepatites, vacinas vivas antes do início e sem corticoide sistêmico de manutenção. **Divergências:** (1) **ordem na DA** — o PCDT exige falha de ciclosporina ou metotrexato antes do dupilumabe, enquanto a JTF e a AAD aceitam o dupilumabe como primeiro sistêmico a partir de 6 meses e a AEP prefere a ciclosporina; (2) **acesso por idade** — o SUS interrompe o dupilumabe aos 12 anos e o upadacitinibe aos 18 e não incorporou o abrocitinibe nem o dupilumabe no adolescente (Conitec 2024), e o NICE financia abrocitinibe, upadacitinibe e lebrikizumabe a partir de 12 anos, mas o tralokinumabe só em adultos; (3) **psoríase** — o adalimumabe é aprovado a partir de 4 anos na Europa e só em adultos na bula brasileira, o ustekinumabe começa aos 6 anos na bula e aos 12 no NICE e na AAD-NPF, e o SUS oferece à criança apenas o etanercepte. Johns Hopkins e Harvard sem posição localizada; Oxford e Cambridge seguem o NICE. **O site adota a SBP** (ASBAI/SBP 2022: imunobiológicos na DA grave refratária) e, onde ela não fixa sequência nem dose, **o Ministério da Saúde (PCDT 2025 e PCDT 2021)**, coerente com Dermatite atópica e Psoríase na infância; a escolha de outro agente na saúde suplementar é do especialista.

PONTOS PRÁTICOS

1. Antes de chamar de refratária, confira técnica, quantidade de emoliente, adesão e diagnósticos que imitam (escabiose, contato, imunodeficiência).
2. Prepare cedo: PPD ou IGRA, hepatites B e C, HIV, varicela e vacinas vivas pelo menos 4 semanas antes do início.
3. Com anti-TNF, anti-IL-17, anti-IL-12/23 ou JAK, nenhuma vacina viva (com dupilumabe, decidir com o especialista e o CRIE); inativadas e influenza anual sempre; vacine os conviventes.
4. Conjuntivite com dupilumabe é comum e quase sempre leve; dor ocular, fotofobia ou baixa visual vão ao oftalmologista.
5. Febre em quem usa JAK ou biológico imunossupressor (mesmo em bom estado), eczema herpético, trombose e psoríase pustulosa são pronto-socorro.

Veja também, nesta Biblioteca: **Dermatite atópica** (Alergia e imunologia); **Psoríase na infância e na adolescência** (Dermatologia); **Dermatite atópica no consultório** (Patologias do consultório); **Esofagite eosinofílica e disfagia na criança** (Gastroenterologia); **Asma grave e de difícil controle na criança e no adolescente** (Pneumologia); **O que são as imunoterapias e como preparar a criança**, **Biológicos na reumatologia pediátrica** e **Biológicos na doença inflamatória intestinal e na esofagite eosinofílica** (nesta área); **Protocolo de Anafilaxia** (Urgências); **Vacinação da criança imunocomprometida e com doenças crônicas (CRIE)** e **Imunobiológicos em Pediatria** (Imunizações); **Febre e infecção na criança imunocomprometida e com dispositivos** (Infectologia).

9. Fontes

- Ministério da Saúde. PCDT da Dermatite Atópica, Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 28, 27/11/2025. gov.br/conitec
- Ministério da Saúde. PCDT da Psoríase, Portaria Conjunta nº 18, 14/10/2021 — guia de acesso ao CEAF (SES-PE, rev. 09/2025). [PDF](#)
- InfoSUS (SES-SC). Fichas de registro na Anvisa, indicações e decisões da Conitec (abrocitinibe, lebriquizumabe, baricitinibe, dupilumabe, upadacitinibe, ustequinumabe, secuquinumabe, ixequizumabe, risanquizumabe), consultadas em 10/2026. infosus.saude.sc.gov.br
- Psoríase Brasil. Anvisa aprova lebriquizumabe para dermatite atópica (≥ 12 anos), 11/2024. psoriasebrasil.org.br
- NICE. TA814 — Abrocitinib, tralokinumab or upadacitinib for atopic dermatitis, 03/08/2022. nice.org.uk; TA986 — Lebrikizumab, 10/07/2024. nice.org.uk; TA534 — Dupilumab, 2018;

TA455 — Adalimumab, etanercept and ustekinumab for plaque psoriasis in children and young people, 12/07/2017. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk); CG57 (atualizada em 22/09/2025) e CG153 (2012, atualizada em 2017). [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)

- EMA. Nemludio (nemolizumabe), EPAR, autorização em 12/02/2025. [ema.europa.eu](https://www.ema.europa.eu)
- AbbVie. Skyrizi (risanquizumabe) aprovado pela FDA para psoríase e artrite psoriásica a partir de 6 anos, 26/06/2026. [news.abbvie.com](https://www.news.abbvie.com)
- Pfizer. Enbrel (25 mg, bula de 29/08/2025) e Enbrel PFS (50 mg, bula profissional aprovada pela Anvisa em 06/10/2025). [Enbrel](#); [Enbrel PFS](#)
- ClinicalTrials.gov. Registros NCT03346434, NCT06311682, NCT05559359, NCT06807268, NCT04435600, NCT04862286, NCT06425549. [clinicaltrials.gov](https://www.clinicaltrials.gov)
- Documentos do site usados como base (doses, critérios e posições da SBP, AAP, AEP e AAD-NPF): Dermatite atópica (Alergia e imunologia) e Psoríase na infância e na adolescência (Dermatologia), 10/2026; Vacinação da criança imunocomprometida e com doenças crônicas (Manual dos CRIE 2023).

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.