

Imunoglobulinas em pediatria (IgIV, IgSC e imunoglobulinas hiperimunes)

Reposição nos erros inatos (PCDT de defeitos de anticorpos), imunomodulação em Kawasaki, PTI, Guillain-Barré, MIS-C, encefalites e miocardite, imunoglobulinas hiperimunes do CRIE (antitetânica, anti-hepatite B, antirrábica, antivaricela-zóster) e anti-CMV, doses, reações à infusão e intervalo com as vacinas vivas

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 **imunoglobulina humana normal** (IgG de milhares de doadores) tem dois usos: **reposição** nos erros inatos com defeito de anticorpos, por via intravenosa (**IgIV**) a cada 3–4 semanas ou subcutânea (**IgSC**) semanal, pelo PCDT do Ministério da Saúde (Portaria nº 495/2007); e **imunomodulação** em dose alta (1–2 g/kg) na doença de Kawasaki, na PTI com sangramento, na síndrome de Guillain-Barré, na MIS-C e nas encefalites autoimunes. Na miocardite, o benefício não está comprovado. As **imunoglobulinas hiperimunes** (antitetânica, anti-hepatite B, antirrábica, antivaricela-zóster) são dadas pelo CRIE ou pelo serviço de referência após exposição, dentro de janelas de tempo. O pediatra **reconhece a indicação, colhe sorologias e imunoglobulinas antes da dose, encaminha e adia as vacinas vivas** pelo tempo do Manual dos CRIE 2023 (até 11 meses após 2 g/kg). A reação leve à infusão melhora com a redução da velocidade. São 🚫 : **anafilaxia, dispneia, hipotensão, cefaleia com rigidez de nuca, urina escura, oligúria ou sinais de trombose** após a infusão, e as doenças que pedem imunoglobulina com urgência (Kawasaki, Guillain-Barré, MIS-C, exposição de risco do imunossuprimido).

1. O que é e como se apresenta

Produtos: IgIV a 5% ou 10% (frascos de 0,5 a 10 g); IgSC a 20% (Hizentra, registrada na Anvisa; a via subcutânea **não foi avaliada pela Conitec**, e o PCDT de 2007 preconiza a IgIV — NatJus-RJ, Parecer nº 0097/2024); imunoglobulinas hiperimunes IM (IGHAT, IGHAHB, IG HAR e IGHAVZ, siglas do Manual dos CRIE 2023), distribuídas pelos CRIE e pelos serviços de referência. Os soros heterólogos de origem equina (antitetânico e antirrábico) protegem menos tempo e podem causar anafilaxia. Por isso a imunoglobulina humana é preferida no imunodeprimido e em quem já reagiu a soro (Manual dos CRIE 2023).

Mecanismos: na **reposição**, a IgG infundida tem meia-vida de 21–28 dias e protege contra bactérias encapsuladas, enterovírus e outros agentes. Na **imunomodulação**, a dose alta bloqueia receptores Fc, neutraliza autoanticorpos e citocinas e inibe o complemento. A **hiperimune** traz título alto de anticorpo contra um agente ou toxina.

Indicações pediátricas e onde estão no site:

- **Erros inatos com defeito de anticorpos** (agamaglobulinemia ligada ao X, imunodeficiência comum variável, hiper-IgM, imunodeficiências combinadas): reposição decidida pelo imunologista, pelas infecções e pela falta de produção de anticorpos, e não só pelo nível de IgG (PCDT 2007). Na hipogamaglobulinemia transitória, reposição temporária se IgG < -2 DP (sobretudo < 100 mg/dL) ou infecções graves (SBP; ver **Erros inatos da imunidade e Hipogamaglobulinemia no lactente**).

- **Hipogamaglobulinemia secundária:** após CAR-T e rituximabe, na síndrome nefrótica e na enteropatia perdedora de proteína, conforme o especialista.
- **Imunomodulação:** Kawasaki (SBP, DC nº 6/2019); PTI só com sangramento que exige tratamento (SBP, DC nº 135/2024; PCDT 2026; anti-D sem aprovação da Anvisa na PTI); Guillain-Barré, com IgIV ou plasmaférese equivalentes em 2 semanas e **corticoide contraindicado** (PCDT, Portaria Conjunta nº 6/2020); MIS-C (ACR 2022, adotado pelo site); encefalites autoimunes graves e rombencefalite grave por enterovírus (ver **Encefalites**).
- **Miocardite: benefício não comprovado**, a critério do centro (AHA 2021, no documento do site); o NHS England (2025) e Cambridge (2026) não a financiam de rotina.
- **Sarampo:** imunoglobulina humana normal até o 6º dia para quem não pode ser vacinado, pela vigilância ou pelo CRIE, com dose do protocolo local (ver **Profilaxia pós-exposição**).
- **Anti-CMV:** fora do Manual dos CRIE e de PCDT; sem registro vigente localizado na Anvisa (importação excepcional); restrita a protocolos de transplante.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Criança em reposição estável, sem infecções graves; reação leve na infusão (cefaleia leve, calafrios, rubor, mialgia), que cede ao reduzir a velocidade; reação local da IgSC (edema, eritema no local)	Seguimento com o imunologista; orientar hidratação; registrar o produto, a dose e a data para o calendário vacinal
● Moderada	Suspeita de erro inato com indicação provável de reposição (sinais de alerta, IgG baixa para a idade, sem resposta vacinal) em bom estado; infecções de repetição apesar da reposição; cefaleia persistente após a IgIV sem sinal neurológico; exposição de risco em imunocompetente que precisa de hiperimune (ferimento, mordedura, contato com varicela no grupo de risco, RN de mãe HBsAg positiva)	Encaminhar ao imunologista com prioridade ; contato com o centro sobre a dose e o vale de IgG; exposição: no mesmo dia ao CRIE, ao serviço antirrábico ou à maternidade, dentro da janela
● Grave	Anafilaxia (urticária com sintoma respiratório, estridor, sibilância, hipotensão); dispneia e hipoxemia durante ou após a infusão; cefaleia intensa com vômitos, fotofobia ou rigidez de nuca (meningite asséptica, que exige excluir a bacteriana); urina escura, palidez e icterícia (hemólise); oligúria (lesão renal); dor torácica, déficit focal, edema e dor em membro (trombose); suspeita de Kawasaki, Guillain-Barré, MIS-C, encefalite ; PTI com sangramento ativo importante; imunossuprimido exposto a varicela ou sarampo	Pronto-socorro/hospital ; anafilaxia: adrenalina IM antes de tudo; na exposição do imunossuprimido, imunoglobulina com urgência pelo CRIE

Fatores que elevam o risco de reação grave: primeira infusão ou troca de produto; infusão rápida; infecção ativa no momento da dose; desidratação; **dose alta (1–2 g/kg)**; grupo sanguíneo A, B ou AB (hemólise); doença renal ou produto com sacarose; obesidade, imobilidade, cateter central ou trombofilia (trombose); deficiência de IgA com anti-IgA (anafilaxia — AEP 2019. O NHS England 2025 considera esse papel controverso e não pede a dosagem prévia).

3. Diagnóstico no consultório

Antes da primeira dose (o pediatra pode adiantar):

- **IgG, IgA e IgM** pela idade. Na PTI, a SBP (2024) pede a dosagem antes da IgIV, porque depois dela o nível não interpreta a imunodeficiência.
- **Sorologias antes da IgIV** (HIV, hepatites B e C, sarampo, varicela, citomegalovírus e Epstein-Barr, quando indicadas). Os anticorpos passivos tornam as sorologias positivas por semanas a meses.
- **Resposta vacinal** (tétano, difteria, hepatite B, sarampo), que só tem valor antes da reposição. **Hemograma, creatinina, tipagem ABO.**
- **Na suspeita de erro inato:** o primeiro degrau do documento **Erros inatos da imunidade** (hemograma com linfócitos absolutos, IgG, IgA e IgM, sorologias vacinais, anti-HIV, albumina e urina). Imunoglobulina "de prova" sem diagnóstico não se faz.

Diferencial que não pode passar: febre com cefaleia e rigidez após a IgIV não é só meningite asséptica, porque a meningite bacteriana deve ser excluída. Palidez com icterícia após 2 g/kg não é só hemólise pela imunoglobulina (ver **Anemias hemolíticas**). Na suspeita de PTI, excluir leucemia antes de corticoide. No Kawasaki incompleto, não atrasar a IgIV à espera de todos os critérios (ver **Doença de Kawasaki**).

4. Tratamento e seguimento

Do pediatra: suspeitar da indicação, colher os exames antes da dose, encaminhar, adiar as vivas pelo intervalo do CRIE, vacinar os conviventes, tratar cada infecção cedo e em dose plena e reconhecer as reações tardias. **Do especialista e do hospital:** indicação, produto, dose, velocidade, vale de IgG e troca de via.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
IgIV — reposição (erros inatos)	300–400 mg/kg a cada 3 semanas ou 400–500 mg/kg a cada 4 semanas; máx. 600 mg/kg (3 sem) ou 800 mg/kg (4 sem)	3–4 semanas	Contínua	PCDT, Portaria SAS/MS nº 495/2007; meta de vale > 500 mg/dL e controle das infecções; AEP 2019: vale > 700 (> 900 se bronquiectasias)
IgSC 20% — reposição	Dose mensal equivalente de 0,4–0,8 g/kg, dividida em doses semanais (0,2–0,4 g/kg/semana) ou quinzenais	Semanal ou a cada 2 semanas	Contínua	Bula europeia (Hizentra); ataque 0,2–0,5 g/kg se necessário; fora do PCDT, opção na anafilaxia ou na intolerância à IgIV
IgIV — doença de Kawasaki	2 g/kg	Dose única	Até o 10º dia (e depois, se houver atividade)	SBP, DC nº 6/2019; obeso: peso ajustado (AHA 2024, no documento do site); com AAS 3–5 mg/kg/dia (máx. 80 mg/dia — SBP 2020)
IgIV — PTI com sangramento	0,8–1 g/kg	Dose única; repetir se persistir o sangramento	1 (até 2) dias	SBP, DC nº 135/2024; PCDT 2026; pré-hidratação com SF 0,9% 10–20 mL/kg e infusão lenta
IgIV — Guillain-Barré	0,4 g/kg/dia (total 2 g/kg)	Diária	2–5 dias	PCDT, Portaria Conjunta nº 6/2020; interromper se houver perda de função renal ou anafilaxia; sem corticoide
IgIV — MIS-C	2 g/kg pelo peso ideal (máx. 100 g)	Dose única, em cerca de 12 h; 1 g/kg/dia se houver disfunção cardíaca	1–2 dias	ACR 2022 (exceção formal do site); com corticoide; vigiar sobrecarga de volume
IgIV — encefalite autoimune grave	2 g/kg (dose total)	Dividida em 2–5 dias	Ciclo	Documento Encefalites do site (Nosadini 2021)
IGHAT (antitetânica)	250 UI IM	Dose única	—	Manual dos CRIE 2023: imunodeprimido (mesmo vacinado), reação prévia a soro, RN de mãe não vacinada em risco,

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
				prematureiro com lesão tetanogênica
IGHAHB (anti-hepatite B)	RN 0,5 mL IM; demais 0,06 mL/kg IM (máx. 5 mL)	Dose única	RN: nas primeiras 12–24 h, até o 7º dia; sexual e violência: até 14 dias	Manual dos CRIE 2023; com a vacina, em coxas diferentes; aleitamento mantido
IGHAR (antirrábica)	20 UI/kg (SAR 40 UI/kg), o máximo infiltrado na lesão e o restante IM longe da vacina	Dose única	Até o 7º dia após a 1ª dose da vacina	Manual dos CRIE 2023; imunocomprometido, reação a soro, contato frequente com equídeos
IGHAVZ (antivaricela-zóster)	125 UI/10 kg IM (mín. 125, máx. 625 UI)	Dose única	Até 96 h do contato	Manual dos CRIE 2023: suscetível + contato significativo + risco especial; só profilática

IGHAVZ exige ao mesmo tempo suscetibilidade, contato significativo (domiciliar contínuo ou ≥ 1 h em ambiente fechado ou no mesmo quarto) e risco especial: imunodeprimidos, menores de 9 meses em contato hospitalar, gestantes, RN de mãe com varicela de 5 dias antes a 48 h após o parto e prematuros (Manual dos CRIE 2023; lista completa em **Profilaxia pós-exposição**).

Reações à infusão e como prevenir (AEP 2019; PCDT 2020; NHS England 2025):

- Até 20% das infusões de IgIV têm reação, quase sempre leve e nas primeiras doses: cefaleia, calafrios, febre, rubor, taquicardia, mialgia. **Reduzir ou pausar a infusão**, hidratar e usar analgésico (paracetamol 10–15 mg/kg/dose, máx. 75 mg/kg/dia — SBP; ou dipirona 15 mg/kg/dose — padrão do site). Se a reação se repetir, pré-medicação conforme o centro. Os anti-histamínicos sedativos não são rotina (padrão do site).
- Graves e raras: anafilaxia; **meningite asséptica** (nas horas ou dias seguintes); **hemólise** (dose alta, grupos não O); **lesão renal** (produtos com sacarose, desidratação); **trombose**. A IgSC tem menos efeitos sistêmicos ($< 0,43\%$ — AEP 2019) e mais reação local.
- Anafilaxia: **adrenalina IM 1 mg/mL 0,01 mg/kg** (máx. 0,3 mg na criança e 0,5 mg no adolescente), conforme o **Protocolo de Anafilaxia** do site.

Vacinas após imunoglobulina (Manual dos CRIE 2023, Tabela 5) — vivas injetáveis

(tríplice e tetraviral, varicela): IGHAT e IGHAB 3 meses; IGHAR 4; IGHAVZ 5; imunoglobulina IM 0,5 mL/kg 6; **IgIV de reposição 300–400 mg/kg 8 meses; 1 g/kg 10 meses; 1,6–2 g/kg 11 meses**. Vacinas não vivas: qualquer intervalo (CRIE); a tabela vale para as vivas injetáveis. Na deficiência humoral grave, o CRIE contraindica só a BCG, mas a resposta às vivas aplicadas durante a reposição é comprometida (ver **Erros inatos da**

imunidade). Se a imunoglobulina for dada antes de 2 semanas após uma vacina viva injetável, a vacina é repetida depois do intervalo da tabela (CRIE).

Não fazer: imunoglobulina "de prova" sem diagnóstico; sorologia logo após a IgIV para "investigar imunidade"; vacina viva sem saber a dose e a data da última imunoglobulina; IgIV rápida na primeira dose ou em criança desidratada; corticoide na Guillain-Barré; anti-D na PTI; soro heterólogo sem material para anafilaxia.

Tabela-resumo

MEDICAMENTO	ALVO	INDICAÇÃO PEDIÁTRICA	IDADE MÍNIMA (ANVISA / FDA / EMA)	SUS	VIA E INTERVALO	FONTE
IgIV (imunoglobulina humana normal)	IgG policlonal (reposição; bloqueio de FcR)	Erros inatos; Kawasaki; PTI; Guillain-Barré; MIS-C	Conforme o produto (bula)	CEAF (PCDT 2007) e uso hospitalar (PCDT SGB 2020, PTI 2026)	IV, 3–4 semanas (reposição) ou dose única/curso	PCDT; SBP 2019 e 2024
IgSC 20%	IgG policlonal	Reposição nos erros inatos	Conforme bula (EMA: estudada de 2 a < 18 anos)	Não avaliada pela Conitec	SC semanal ou quinzenal	Bula europeia; NatJus-RJ 2024
IGHAT	Toxina tetânica	Profilaxia do tétano em grupos especiais	Qualquer idade	CRIE	IM, dose única	Manual dos CRIE 2023
IGHAHB	HBsAg	RN de mãe HBsAg+; exposições	Qualquer idade	CRIE e maternidade	IM, dose única	Manual dos CRIE 2023
IGHAR	Vírus da raiva	Pós-exposição grave em grupos especiais	Qualquer idade	CRIE e serviço antirrábico	Infiltração + IM, dose única	Manual dos CRIE 2023
IGHAVZ	Vírus varicela-zóster	Pós-exposição em risco especial	Qualquer idade	CRIE	IM, até 96 h	Manual dos CRIE 2023
Imunoglobulina anti-CMV	Citomegalovírus	Protocolos de transplante	Sem registro vigente localizado / — / —	Não incorporada	IV	—

Em estudo (fase 3 e 4)

Consulta ao ClinicalTrials.gov em 03/10/2026:

- **KIDCARE** (NCT03065244): fase 3, 105 crianças com Kawasaki resistente à IgIV, **infiximabe versus 2ª dose de IgIV**. Desfecho: fim da febre em 24 h sem recidiva em 7 dias. Concluído. O desfecho foi atingido por 77% com infliximabe e 51% com a 2ª IgIV; houve menos dias de febre, internação mais curta e menos anemia hemolítica, sem diferença coronariana (Burns, Lancet Child Adolesc Health 2021;5:852-61).
- **BP-SCIG 20%** (NCT07346859): fase 3, 56 participantes a partir de 0 anos com erro inato. Desfechos: vale de IgG e infecções bacterianas graves por ano. Recrutando.
- **Newnorm, IgSC** (NCT04640142): fase 3, 50 participantes de 2 a 75 anos com erro inato. Desfechos: infecções bacterianas graves e IgG total. Ativo, sem recrutar.
- **IgIV 10% com AAS no Kawasaki** (NCT04003844): fase 4, 45 participantes de 3 meses a 12 anos. Desfecho: incidência de lesão coronariana. Concluído, sem resultados no registro.
- **Anti-CMV no transplante de medula pediátrico** (NCT07013370): 150 participantes de 1 mês a 18 anos, com Megalotect. Recrutando. É **registrado sem fase**, portanto não é ensaio de fase 3 ou 4.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Durante ou após a infusão: anafilaxia, dispneia, hipoxemia, hipotensão; cefaleia intensa com vômitos, fotofobia ou rigidez de nuca; urina escura, palidez, icterícia; oligúria; dor torácica, déficit neurológico focal, dor e edema em membro.
- Suspeita de Kawasaki (febre ≥ 5 dias com critérios, ou lactente < 6 meses com febre prolongada), Guillain-Barré (fraqueza ascendente, arreflexia, dificuldade de deglutir ou respirar), MIS-C ou encefalite.
- PTI com sangramento mucoso ativo, visceral ou do sistema nervoso central (ver **Púrpura trombocitopênica imune (PTI) na criança**).
- Imunossuprimido exposto a varicela ou sarampo, ou já doente.
- Ferimento grave ou exposição grave à raiva (cabeça, mãos, pés, mucosas, morcego); trismo ou espasmos (ver **Profilaxia pós-exposição**).

Como encaminhar: na anafilaxia, adrenalina IM 0,01 mg/kg antes de tudo; **oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98%**; acesso venoso e expansão se houver choque (ver **Sepse e choque séptico na criança**); SAMU (192) se instável; na Guillain-Barré com fraqueza respiratória ou bulbar, transporte monitorizado para hospital com UTI pediátrica; relatório com o produto, o lote, a dose, a velocidade e o horário da infusão, as sorologias colhidas antes e a data da exposição. Notificação obrigatória (compulsória) da paralisia flácida aguda, do tétano, do atendimento antirrábico, do sarampo e da hepatite B, e do evento adverso grave ao hemoderivado.

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

- "A imunoglobulina repõe as defesas, mas não substitui as vacinas da família: irmãos e adultos com calendário em dia, inclusive gripe."
- "Depois da imunoglobulina, algumas vacinas (sarampo, catapora) precisam esperar alguns meses. Leve a data e a dose a toda vacinação."
- "Dor de cabeça leve no dia da infusão é comum. Ofereça água."
- "Contato com catapora ou sarampo, mordida de animal ou ferimento sujo: ligue no mesmo dia, porque a proteção tem prazo."
- **Pronto-socorro se:** falta de ar, inchaço da boca, manchas pelo corpo com chiado, desmaio; dor de cabeça forte com vômitos ou nuca dura; xixi escuro ou pouco xixi; pele amarela; dor no peito ou perna inchada e dolorida; fraqueza nas pernas que sobe.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão consultada	DC nº 6 (Kawasaki), 11/2019; DC nº 135 (PTI), 29/02/2024	PCDT nº 495/2007; PCDT SGB nº 6/2020; Manual dos CRIE, 6ª ed., 2023	Sem posição específica localizada	Sem diretriz própria; NHS England, política de Ig, v2.0, 03/2025	Protocolo de imunodeficiências (SEICAP), 2019	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	NHS England 2025; Cambridge (painel do East of England), v7.7, 09/2026
Reposição	Temporária na HTI com IgG < -2 DP ou infecções graves	300–500 mg/kg a cada 3–4 semanas; vale > 500	—	0,4–0,6 g/kg/mês, por imunologista	400 mg/kg/mês; vale > 700	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Cambridge: 0,4–0,6 g/kg/mês pelo peso ajustado
Kawasaki	2 g/kg até o 10º dia	—	—	2 g/kg; 2ª dose se não houver resposta	—	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	2 g/kg em 8–12 h; 2ª dose se não houver resposta
MIS-C	1–2 g/kg (2020)	—	—	Corticoide em 1ª linha (≥ 6 anos sem Kawasaki); IgIV na dúvida	—	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NHS England
Miocardite	—	—	—	Não financiada de rotina	—	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Cambridge: classe IV, não financiada de rotina
Hiperimunes e vacinas vivas	Remete ao CRIE	CRIE: indicações, janelas e Tabela 5 (3 a 11 meses)	—	—	—	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NHS

Leitura: as referências convergem no essencial. A reposição exige diagnóstico de erro inato por imunologista e a resposta clínica pesa mais que um número. A dose de imunomodulação é

de 2 g/kg no Kawasaki e na Guillain-Barré e de 0,8–1 g/kg na PTI com sangramento. A hiperimune segue janelas de tempo, e as vacinas vivas são adiadas por meses após a imunoglobulina. **Divergências:** (1) a **meta de vale** é > 500 mg/dL no PCDT de 2007 e > 700 na AEP de 2019, e o NHS dosa pelo peso ideal; (2) na **MIS-C**, o NHS England (2025) passou a preferir corticoide em 1ª linha em quem tem 6 anos ou mais sem Kawasaki, enquanto a SBP (2020) usa IgIV e o site segue o ACR 2022 (IgIV com corticoide); (3) a **miocardite** não tem IgIV financiada no NHS nem benefício comprovado na AHA; (4) na **deficiência de IgA**: a AEP indica produto pobre em IgA ou via subcutânea, e o NHS não pede anti-IgA; (5) a **IgSC** é rotina no NHS e na AEP, mas não está no PCDT brasileiro. **O site segue a SBP** no Kawasaki, na PTI e na hipogamaglobulinemia transitória, **o Ministério da Saúde** na reposição (PCDT 2007), na Guillain-Barré (PCDT 2020) e nas hiperimunes e intervalos (Manual dos CRIE 2023), e mantém a exceção já declarada do ACR na MIS-C.

PONTOS PRÁTICOS

1. Antes da primeira IgIV, colha IgG, IgA e IgM e as sorologias: depois dela, os resultados não se interpretam.
2. A reação leve à infusão cede ao reduzir a velocidade. Anafilaxia, cefaleia com rigidez de nuca, urina escura, oligúria ou sinais de trombose são pronto-socorro.
3. Após IgIV de 2 g/kg, tríplice viral e varicela só depois de 11 meses (8 meses na reposição de 300–400 mg/kg; 3 a 5 meses após as hiperimunes IM).
4. IGHAVZ até 96 h, IGHAHB no RN em 12–24 h (até o 7º dia), IG HAR até o 7º dia da vacina: a proteção tem prazo, e o encaminhamento é no mesmo dia.
5. Guillain-Barré: IgIV 0,4 g/kg/dia por 2–5 dias, sem corticoide, com notificação obrigatória (compulsória) da paralisia flácida aguda.

Veja também, nesta Biblioteca: **O que são as imunoterapias e como preparar a criança e Imunoterapia oncológica pediátrica** (nesta área); **Erros inatos da imunidade** (Alergia e Imunologia); **Hipogamaglobulinemia no lactente** (Temas SBP); **Doença de Kawasaki e Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica** (Reumatologia); **Púrpura trombocitopênica imune (PTI) na criança** (Hematologia); **Encefalites** (Infectologia); **Miocardite, pericardite e MIS-C** (Cardiologia); **Profilaxia pós-exposição e Vacinação da criança imunocomprometida e com doenças crônicas (CRIE)** (Imunizações); **Protocolo de Anafilaxia** (Urgências).

8. Fontes

- Ministério da Saúde. PCDT Imunodeficiência primária com predominância de defeitos de anticorpos — imunoglobulina humana, Portaria SAS/MS nº 495, 11/09/2007. gov.br/saude

- Ministério da Saúde. PCDT da Síndrome de Guillain-Barré, Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 6, 26/03/2020. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais, 6ª ed., 2023 (capítulos 8, 11, 13 e 18; Tabela 5). [PDF](#)
- SBP, Departamento Científico de Reumatologia. Doença de Kawasaki (DC nº 6), 11/2019. [PDF](#)
- SBP, Departamento Científico de Hematologia e Hemoterapia. Trombocitopenia imune primária (DC nº 135), 29/02/2024. [PDF](#)
- AEP/SEICAP. Seoane Reula ME, de Arriba Méndez S. Diagnóstico y manejo de las inmunodeficiencias primarias en niños. Protoc diagn ter pediatr 2019;2:415-35. [PDF](#)
- NHS England. Clinical Commissioning Policy for the use of therapeutic immunoglobulin (Ig) England, v2.0, 03/2025. [PDF](#)
- Cambridge University Hospitals/East of England Immunoglobulin Assessment Panel. Clinical guideline for immunoglobulin treatment, v7.7, 09/2026. [PDF](#)
- EMA. Hizentra — product information. [PDF](#)
- NatJus Federal/SES-RJ. Parecer técnico nº 0097/2024 — imunoglobulina humana subcutânea (Hizentra), 26/01/2024. [PDF](#)
- Burns JC et al. Infliximab versus second IVIG for resistant Kawasaki disease (KIDCARE). Lancet Child Adolesc Health 2021;5:852-61. [PubMed](#)
- ClinicalTrials.gov (consulta em 03/10/2026): [NCT03065244](#); [NCT07346859](#); [NCT04640142](#); [NCT04003844](#); [NCT07013370](#)

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.