

Encefalites agudas na criança — infeciosas e autoimunes

Definição do Consórcio Internacional de Encefalite (2013), aciclovir IV empírico imediato, causas virais e arboviroses, encefalite anti-NMDA e ADEM, exames, encaminhamento e notificação

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

Encefalite é inflamação do parênquima cerebral com disfunção neurológica. Pelo **Consórcio Internacional de Encefalite (2013)**, o critério maior é **alteração do estado mental por mais de 24 horas sem outra causa**, com critérios menores: febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, crise, déficit focal, pleocitose, lesão na ressonância ou EEG alterado. As causas são **infecciosas** — **herpes simples (HSV)**, a mais grave e tratável, enterovírus, arbovírus (dengue, chikungunya, zika, Oropouche), sarampo, varicela, *Mycoplasma*, raiva — ou **autoimunes**: **anti-NMDA** (sintomas psiquiátricos, depois discinesias, crises e disautonomia) e **ADEM**. **Não existe encefalite para tratar em casa**: toda suspeita vai ao **hospital (🔴)**, que colhe líquido com PCR, faz ressonância e EEG e **inicia aciclovir IV sem esperar resultados**. No consultório, o pediatra reconhece, trata a **crise ≥ 5 minutos** pelo protocolo do site, mantém $\text{SpO}_2 \geq 94\%$ e remove pelo SAMU. Meningoencefalite, arboviroses, sarampo, raiva e varicela grave são de **notificação obrigatória (compulsória)**.

1. O que é e como se apresenta

Definição de caso (Consórcio Internacional de Encefalite, 2013; adotada pela AEP 2023):

CRITÉRIO	CONTEÚDO
Maior (obrigatório)	Alteração do estado mental (consciência, letargia, mudança de personalidade) por mais de 24 h, sem causa alternativa
Menores	Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ nas 72 h antes ou depois; crises sem epilepsia prévia; déficit focal novo; leucócitos no líquido $\geq 5/\text{mm}^3$; lesão de parênquima na neuroimagem; EEG compatível
Possível / provável	Maior + 2 menores = possível; maior + ≥ 3 = provável ou confirmada (agente, anticorpo ou patologia)

Os 38°C são do consenso, não o limiar de febre do site ($\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ axilar). **O tratamento empírico começa antes de completar 24 horas.**

Quadro: febre, cefaleia, vômitos, sonolência ou agitação, confusão, mudança de comportamento, crises, déficit focal, ataxia. No **lactente**, só irritabilidade, recusa alimentar ou crises com febre; a encefalite herpética da criança pequena costuma começar por **crises repetidas ou estado de mal febril** (AEP 2022).

Causas e pistas:

- **HSV-1 (HSV-2 no recém-nascido):** febre, crises focais, alteração de comportamento e linguagem, lesão temporal na ressonância; alta morbimortalidade sem tratamento. Até 25% evoluem com **anti-NMDA pós-herpética** semanas depois (AEP 2022).

- **Enterovírus:** a causa viral mais identificada; **EV-A71** dá **rombencefalite** (mioclonias, ataxia, disautonomia) após mão-pé-boca ou herpangina.
- **Arbovírus:** **dengue** (encefalite é forma grave; letargia ou irritabilidade são sinal de alarme do MS); **chikungunya** (meningoencefalite no recém-nascido de mãe virêmica no parto); **zika** (Guillain-Barré); **Oropouche** (o MS cita meningite asséptica, meningoencefalite e disautonomia — NT nº 117/2024); febre do Nilo Ocidental.
- **Sarampo:** encefalite aguda (1 a 4 por 1.000 casos); encefalite por corpúsculos de inclusão no imunodeprimido; **panencefalite esclerosante subaguda (PEES)**, 4 a 11 por 100 mil casos, 7 a 10 anos depois, com declínio cognitivo e mioclonias (MS, Guia de Vigilância 2024). Só a vacina previne.
- **Varicela:** **ataxia cerebelar aguda** (benigna, a mais comum); encefalite difusa, rara e grave.
- **Mycoplasma pneumoniae:** invasão direta ou pós-infecciosa (ADEM), com quadro respiratório prévio.
- **Raiva:** agitação, hidrofobia, espasmos ou paralisia após mordedura ou contato com morcego; quase sempre fatal. Prevenção = profilaxia pós-exposição; doente: Protocolo de Recife (MS).
- **Outras:** influenza, EBV, CMV, tuberculose.

Autoimunes:

- **Anti-NMDA:** a mais comum na infância. Começa por **sintomas psiquiátricos ou de comportamento e redução da fala**; evolui com **crises, discinesias** (orofaciais, coreoatetose), rebaixamento, **disautonomia** e hipoventilação. **Provável** com instalação em < 3 meses de 4 dos 6 grupos (psiquiátrico/cognitivo, fala, crises, movimento, consciência, disautonomia) e EEG ou líquido alterados; **definida** por IgG anti-GluN1 no líquido (Graus, 2016). Teratoma de ovário na pós-púbere. Piora com antipsicótico (discinesia, síndrome neuroléptica maligna) é pista (Nosadini 2021).
- **ADEM:** primeiro evento inflamatório **polifocal** do SNC com **encefalopatia não explicada pela febre**, dias a semanas após infecção; lesões extensas e mal delimitadas na substância branca; mais da metade com **anti-MOG** (AEP 2022).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Encefalite afastada: sonolência ou irritabilidade que desaparece por completo quando a febre cede; delírio febril breve com exame neurológico normal; sem crise, déficit focal, sinais meníngeos ou vômitos incoercíveis	Domicílio, antitérmico pelo padrão do site, reavaliação em 24 h , sinais de alerta por escrito
● Moderada	Dúvida: confusão que melhora mas não normaliza; ataxia pós-varicela isolada com consciência normal; mudança de comportamento subaguda, sem febre e com consciência preservada	Pronto-socorro no mesmo dia (exame seriado, decisão sobre punção); suspeita autoimune estável: encaminhar com urgência à neurologia pediátrica
● Grave	Toda suspeita de encefalite: alteração persistente do estado mental; crise com febre que não seja convulsão febril simples; crise focal, ≥ 5 minutos ou repetida; déficit focal; discinesias; psicose aguda com rebaixamento; hipertensão intracraniana (HIC) ; disautonomia; < 3 meses com febre e alteração neurológica; suspeita de raiva	Hospital imediatamente , com UTI pediátrica; crise pelo protocolo do site; oxigênio para SpO ₂ ≥ 94%; acesso; SAMU (192)

Fatores de risco que elevam a gravidade: idade < 3 meses; imunodepressão; Glasgow ≤ 8 ou em queda; estado de mal; sinais de HIC; disautonomia; não vacinado contra sarampo e varicela; mordedura ou morcego sem profilaxia; aciclovir após 4 dias de doença (Wessex 2014).

3. Diagnóstico no consultório

É clínico. Perguntar: evolução, comportamento, fala e sono; crises; exantema, vesículas ou quadro respiratório recentes; vacinas; viagem e arbovirose; mordedura ou morcego; medicamentos e drogas; imunodepressão; herpes genital materno. Examinar: Glasgow, pupilas, fundo de olho, sinais meníngeos, déficit focal, movimentos anormais, pele, PA, glicemia capilar.

Não se pedem exames ambulatoriais: encaminha-se. O que o hospital faz:

- **Líquor** (≥ 5 mL; congelar o excedente): células, proteína, glicose, Gram, cultura, **PCR para HSV-1/2, VZV e enterovírus** ou painel; arbovírus conforme a região; **anti-NMDA no líquido e no soro** se houver quadro psiquiátrico ou de movimento (Consórcio 2013; AEP 2022). **PCR negativo nos primeiros dias não afasta HSV:** com suspeita mantida, repetir em 24–72 h (AEP 2022) ou 3–7 dias (IDSA).
- **Tomografia antes da punção** só com sinais de HIC, déficit focal ou coagulopatia; **ressonância** é o exame de escolha.

- **EEG:** descargas periódicas lateralizadas sugerem HSV; *extreme delta brush*, anti-NMDA; afasta estado de mal não convulsivo.
- **Sangue:** hemograma, sódio, função renal e hepática, hemocultura, HIV; PCR para *Mycoplasma* e enterovírus em orofaringe e fezes (Consórcio 2013). Anti-NMDA: pesquisa de tumor (Nosadini 2021).

Diferencial que não pode passar: meningite bacteriana, abscesso, sepse; hipoglicemia, hiponatremia, erro inato; **intoxicação**; estado de mal não convulsivo; AVC; tumor; trauma não acidental; síndrome de Reye; **primeiro surto psicótico** (com crise, discinesia ou rebaixamento, pensar em anti-NMDA).

4. Tratamento e seguimento

O **pediatra** reconhece, estabiliza, trata a crise e encaminha; o tratamento é hospitalar, com neurologia e infectologia pediátricas.

- **Aciclovir IV empírico em toda suspeita**, o mais cedo possível — se a encefalite não for afastada nas primeiras 6 horas, iniciar (Costa e Sato 2020); tomografia e punção não podem atrasá-lo (AEP 2022; Johns Hopkins 2024; NICE NG143).
- **Antibiótico empírico** até afastar meningite bacteriana, como em **Meningites bacterianas e virais na criança (após o período neonatal)** (ceftriaxona, 1ª dose 100 mg/kg, padrão do site; vancomicina 15 mg/kg/dose 6/6 h, 1ª dose máx. 1,5 g — SBP).
- **Suporte em UTI:** via aérea (intubação com Glasgow ≤ 8), glicemia, temperatura, sódio (secreção inapropriada de ADH), cabeceira elevada e medidas para HIC; crises pelo **Protocolo de Estado de Mal Convulsivo**.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Aciclovir IV, < 3 meses	20 mg/kg/dose	8/8 h (12/12 h se IG pós-menstrual < 30 semanas)	≥ 21 dias na forma SNC, PCR do líquido negativo antes de suspender	Documento do site sobre herpes neonatal; Johns Hopkins 2024
Aciclovir IV, 3 a 12 meses	10 mg/kg/dose	8/8 h, infusão em 1 h	Até afastar HSV; confirmada 14–21 dias , com PCR negativo antes de suspender	Decisão do site (01/10/2026); MS 10 mg/kg
Aciclovir IV, 1 a 12 anos	500 mg/m²/dose (≈ 15–20 mg/kg)	8/8 h, infusão em 1 h	Igual	Padrão do site (AAP); MS 10 mg/kg; IDSA 10 mg/kg
Aciclovir IV, ≥ 12 anos	10 mg/kg/dose	8/8 h	Igual	IDSA 2008; Johns Hopkins 2024; AEP 2023
Aciclovir IV, encefalite por varicela	< 1 ano 10 mg/kg/dose; ≥ 1 ano 500 mg/m ² /dose	8/8 h	7–10 dias	Doenças exantemáticas do site (AAP); ataxia cerebelar isolada não exige aciclovir
Metilprednisolona IV (ADEM, anti-NMDA)	30 mg/kg/dia (máx. 1 g/dia)	1×/dia	3–5 dias; depois corticoide oral em redução, pelo especialista	AEP 2022; Protocolo de Estado de Mal Convulsivo do site; Nosadini 2021 (corticoide para todos)
Imunoglobulina IV (autoimune grave)	2 g/kg (dose total)	Conforme o serviço	Curso único, repetível	Protocolo de Estado de Mal Convulsivo do site; Nosadini 2021 (IgIV ou plasmaférese nas graves; rituximabe na refratária)
Resgate da crise ≥ 5 min	Midazolam IN 0,2, bucal 0,3 ou IM 0,2 mg/kg; diazepam IV/IO 0,2–0,3 ou retal 0,5 mg/kg (todos máx. 10 mg)	Repetir 1 vez	—	Protocolo de Estado de Mal Convulsivo do site

Por causa: enterovírus sem antiviral (rombencefalite grave: imunoglobulina e metilprednisolona — AEP 2023); arbovírus, suporte; *Mycoplasma*, macrolídeo só com quadro respiratório

(Wessex 2014); influenza, oseltamivir; sarampo, vitamina A (**Doenças exantemáticas**); raiva, Protocolo de Recife.

Não usar: dexametasona de rotina na encefalite viral (Wessex 2014); antipsicótico "para acalmar" sem afastar encefalite (Nosadini 2021); imunoterapia sem critérios de encefalite autoimune; AAS.

Seguimento com neurologia e reabilitação: sequelas cognitivas e de comportamento, epilepsia, audição, escola. Após HSV, retorno imediato se surgirem coreoatetose ou mudança de comportamento (anti-NMDA pós-herpética); no anti-NMDA, vigiar recaída.

Notificação obrigatória (compulsória): meningite e meningoencefalite; dengue, chikungunya, zika, Oropouche e Nilo Ocidental; sarampo desde a suspeita; raiva humana; varicela grave internada, surtos e óbitos (MS, Guia de Vigilância 2024; NT nº 117/2024).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Hospital sempre que houver os critérios  da tabela de gravidade, e também: alteração de pares cranianos ou mioclonias; sinais de HIC (cefaleia com vômitos, fontanela abaulada, bradicardia com hipertensão, anisocoria); mão-pé-boca com mioclonias, ataxia ou taquicardia desproporcional; arbovirose com sinal neurológico.

Como encaminhar:

1. **ABC e glicemia capilar;** hipoglicemia: glicose 0,5–1 g/kg IV (padrão do site).
2. **Crise ≥ 5 minutos:** midazolam ou diazepam (tabela); decúbito lateral, aspirar a via aérea.
3. **Oxigênio para SpO2 ≥ 94%;** acesso venoso sem hiper-hidratar; cabeceira a 30°; sem punção no consultório.
4. **Púrpura ou suspeita de doença meningocócica:** **ceftriaxona 100 mg/kg IV/IM (máx. 4 g)** antes da remoção, se não atrasar.
5. **SAMU (192)** e contato com o destino (UTI pediátrica, neurologia); suspeita de sarampo, máscara e isolamento.
6. **Relatório:** evolução, crises e medicamentos com horários, vacinas, exposições.

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

- "Sonolência que melhora quando a febre baixa é comum. Preocupa a criança que continua estranha, confusa ou difícil de acordar mesmo sem febre."
- "Vacinas contra sarampo e varicela previnem encefalites. Mordida de animal ou contato com morcego: lavar com água e sabão e procurar o serviço antirrábico."

- **Pronto-socorro imediatamente se:** convulsão; sonolência que não passa; confusão, fala enrolada ou ausente, comportamento muito diferente, alucinações; fraqueza de um lado, desequilíbrio, movimentos estranhos; dor de cabeça forte com vômitos; manchas roxas; no bebê, moleira estufada ou recusa das mamadas.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Definição	Sem documen- to específico localizado	Meningoence- falite no Guia de Vigilância	Sem posição específica localizada	Sem diretriz de encefalite	Consórcio 2013	Consórcio 2013 (Johns Hopkins En- cephalitis Center)	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Exames	Autoimune: sem esperar anticorpos (DC 2020)	Líquor; arboví- rus pela vigilância	Sem posição específica localizada	Punção (NG240)	Líquor com PCR, RM, EEG, anti- NMDA	PCR HSV, RM, EEG	TC, punção, EEG, RM	Segue o NICE
Aciclovir empírico	Sem posição específica localizada	IV na meningi- te herpética, sem dose	Sem posição específica localizada	Febre com si- nais de HSE (NG143)	Toda suspeita	Toda suspeita	Cerca de 3 se- manas na HSE	Segue o NICE
Dose de 3 me- ses a 12 anos	Sem dose	10 mg/kg (vari- cela grave); encefalite sem dose	500 mg/m ² (va- ricela; doc. do site)	Sem dose	20 mg/kg (2023); 10 mg/kg (2022)	10 mg/kg	Sem dose publicada	Segue o NICE
Autoimune / ADEM	Corticoide, IgIV, aférese	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Metilpredniso- lona 30 mg/kg/dia	Anti-NMDA en- tre as causas líderes	Centro de neuroimunolo- gia	Segue o NICE
Prevenção / notificação	Tríplice viral e Dose Zero (2025)	Notificação obrigatória (compulsória); PEP antirrábica	Sem posição específica localizada	—	Vacinação	—	—	Segue o NICE

Leitura: as referências concordam que a suspeita é emergência hospitalar, que o **aciclovir IV é empírico** e que a encefalite autoimune recebe imunoterapia precoce sem esperar anticorpos (SBP, Reumatologia 2020). A **SBP** não tem documento de encefalite infecciosa nem dose; o **MS** indica aciclovir IV na meningoencefalite herpética, sem dose (10 mg/kg/dose na varicela grave), e define a notificação. A divergência é a **dose de 3 meses a 12 anos**: IDSA, Johns Hopkins e AEP 2022, 10 mg/kg/dose; diretriz britânica, Jornal de Pediatria e AEP 2023, 500 mg/m² ou 20 mg/kg; NICE sem dose. Pela regra SBP → MS caberia 10 mg/kg, e o site adota, por **decisão do Dr. Stefani, 10 mg/kg/dose de 3 a 12 meses (MS)** e **500 mg/m²/dose de 1 a 12 anos (AAP)**, a mesma da varicela grave, e 10 mg/kg/dose a partir de 12 anos. Oxford e Cambridge seguem o NICE.

PONTOS PRÁTICOS

1. Criança que continua confusa, sonolenta ou "diferente" sem febre, ou com crise que não é convulsão febril simples, tem encefalite até prova em contrário: hospital.
2. Aciclovir IV logo, sem esperar exames: 20 mg/kg/dose abaixo de 3 meses; 10 mg/kg/dose de 3 a 12 meses; 500 mg/m²/dose de 1 a 12 anos; 10 mg/kg/dose a partir de 12 anos, de 8/8 h.
3. PCR para HSV negativo nos primeiros dias não afasta encefalite herpética: com suspeita mantida, repete-se o líquido.
4. Psicose aguda com crise, discinesia, mutismo, rebaixamento ou disautonomia: pensar em anti-NMDA, sem antipsicótico "para acalmar".
5. Crise ≥ 5 minutos: midazolam ou diazepam pelo protocolo do site, oxigênio para SpO₂ $\geq 94\%$ e SAMU.
6. Notificação obrigatória (compulsória) de meningoencefalite, arboviroses, sarampo, raiva e varicela grave; prevenção pelas vacinas e pela profilaxia antirrábica.

Veja também, nesta Biblioteca: **Meningites bacterianas e virais na criança (após o período neonatal)** (nesta área); **Epilepsias na infância — classificação ILAE e escolha do anticonvulsivante** (Neurologia); **Transtorno bipolar e psicose na adolescência — sinais de alerta para o pediatra** (Saúde mental); **Dengue, chikungunya, zika e Oropouche, Doenças exantemáticas e Doença mão-pé-boca e herpangina** (Patologias do consultório); **Protocolo de Estado de Mal Convulsivo** (Urgências); **Citomegalovírus congênito e herpes simples neonatal** (Neonatologia); **Profilaxia pós-exposição — tétano, raiva, varicela, hepatite B e sarampo** (Imunizações).

8. Fontes

- Venkatesan A et al. International Encephalitis Consortium. Case definitions in encephalitis. Clin Infect Dis, 2013. academic.oup.com; critérios em [Pediatric Neurology Briefs](#)
- AEP. Carazo Gallego B et al. Meningitis. Absceso cerebral. Encefalitis aguda, 2023. [PDF](#)
- AEP/SENEP. Turón Viñas E et al. Encefalopatías agudas, 2022. [PDF](#)
- AEP/SENEP. Olivé-Cirera G, Armangué T. Primer episodio de enfermedad desmielinizante en la edad pediátrica, 2022. [PDF](#)
- SBP, Departamento de Reumatologia. Autoanticorpos na reumatologia pediátrica (DC nº 7), 2020. [PDF](#)

- SBP, Departamento de Imunizações. Sarampo e a "Dose Zero" (DC nº 3), 2025. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde, vol. 1, 6ª ed. revisada, 2024. [gov.br](#)
- Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 117/2024-CGAR/DEDT/SVSA/MS (Oropouche), 2024. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Protocolo de tratamento da raiva humana no Brasil, 2011. [PDF](#)
- NICE. Fever in under 5s (NG143), recomendação 1.5.20. [nice.org.uk](#); Bacterial meningitis and meningococcal disease (NG240), 2024. [nice.org.uk](#)
- Wessex Paediatric Neurology Network (NHS). Management of Suspected Encephalitis, 2014 (diretriz britânica de 2012). [PDF](#)
- Johns Hopkins ABX Guide. Auwaerter P. Encephalitis, 2024. [hopkinsguides.com](#)
- Boston Children's Hospital. Herpes simplex encephalitis in children. [childrenshospital.org](#)
- Tunkel AR et al. The management of encephalitis — IDSA, 2008. [academic.oup.com](#)
- Costa BK, Sato DK. Viral encephalitis — a practical review. J Pediatr (Rio J), 2020. [SciELO](#)
- Nosadini M et al. Consensus on treatment of pediatric NMDAR antibody encephalitis, 2021. [Europe PMC](#)
- Graus F et al. A clinical approach to diagnosis of autoimmune encephalitis. Lancet Neurol, 2016. [Europe PMC](#)

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.