

AVC na infância (acidente vascular cerebral)

Reconhecer o AVC na criança, separar os mimetizadores, encaminhar sem perder tempo e acompanhar causa, prevenção secundária e reabilitação, segundo SBP, PCDT da doença falciforme, AHA/ASA e RCPCH

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 AVC é raro na criança — cerca de **2,3/100.000 por ano** após o período neonatal (SBP 2020) — e quase sempre diagnosticado tarde. **Perda de força súbita, boca torta, alteração súbita da fala ou da visão, ataxia, crise focal nova, cefaleia súbita e intensa ou rebaixamento da consciência** exigem imagem de urgência, **mesmo que o déficit já tenha passado**; febre, vômitos ou mudança de comportamento não afastam o AVC (RCPCH 2017). Boa parte dos quadros agudos é mimetizador (enxaqueca com aura, paralisia de Todd, hipoglicemia), e só a imagem os separa: **todo déficit focal agudo é 🚫**. No consultório: glicemia capilar, estabilização, hora em que a criança foi vista bem pela última vez, oxigênio para **SpO2 ≥ 94%** e SAMU (192) para hospital com **RM com difusão (ou TC/angio-TC) imediata** e neurologia pediátrica — trombólise e trombectomia podem ser consideradas em crianças selecionadas, dentro de poucas horas (AHA/ASA 2026). Nada de AAS antes da imagem. Na **doença falciforme, Doppler transcraniano anual dos 2 aos 16 anos** (PCDT 2024). **Preferência manual antes de 1 ano** sugere AVC perinatal: encaminhamento prioritário (🟡).

1. O que é e como se apresenta

AVC é o déficit neurológico agudo de origem vascular com lesão na imagem: **isquêmico arterial** (o mais frequente; SBP 2020), **trombose venosa cerebral** ou **hemorrágico** (causa mais comum, a **malformação arteriovenosa**; AHA/ASA 2019).

Por idade (AHA/ASA 2019; AEP 2022): o **AVC perinatal** (20 semanas de gestação a 28 dias) aparece no RN como **crise focal**, muitas vezes de um só membro, ou encefalopatia. O **perinatal presumido** é descoberto depois: **hemiparesia percebida entre 4 e 8 meses**, quando o bebê passa a pegar objetos — **preferência manual precoce** ou mão fechada de um lado (Bogavac 2023) —, atraso motor ou epilepsia. **Abaixo de 1 ano predominam as crises** (32–85%) (RCPCH 2017).

Quadro (SBP 2020; RCPCH 2017; AHA/ASA 2019): **hemiparesia em 67–90%**, fala ou afasia em 20–50%, visão em 10–15%, ataxia em ~10%; **crise focal nova com déficit pós-ictal que não regride; cefaleia súbita e intensa**, vômitos, alteração da consciência; **dor cervical súbita** (dissecção).

Mimetizadores: 60–90% das crianças no PS com síndrome neurológica aguda não têm AVC, e ~40% dos AVC recebem de início outro diagnóstico (AHA/ASA 2019): **enxaqueca com aura (inclusive hemiplégica), paralisia de Todd**, paralisia de Bell, **hipoglicemia**, ADEM, tumor, infecção do SNC (AEP 2022; SBP 2020).

Causas do AVC isquêmico arterial (AHA/ASA 2019; RCPCH 2017; AEP 2022):

- **Arteriopatias** — maior preditor de recorrência (~5 vezes): **arteriopatia cerebral focal**, sobretudo **pós-varicela** (até meses depois); **dissecção**, muitas vezes após trauma banal; **moyamoya**; vasculites.
- **Cardiopatias** — ~30% dos AVC: congênitas complexas, cirurgia, Fontan, ECMO, arritmias, endocardite.
- **Doença falciforme** (HbSS, HbSβ0): risco maior com **Doppler transcraniano alterado**, infarto silencioso, AIT, anemia aguda e síndrome torácica aguda.
- **Trombofilias** (em geral fator adicional; AEP 2022), infecções, desidratação, câncer.

Trombose venosa cerebral: mastoidite, desidratação, anemia, síndrome nefrótica, trombofilia, anticoncepcional, câncer (AHA/ASA 2019); cefaleia progressiva, vômitos, papiledema, paralisia do VI nervo, crises.

2. Classificação de gravidade

Todo quadro focal agudo é ●, mesmo regredido. ● e ● valem só para seguimento e achados sem sintoma agudo.

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	AVC prévio investigado, sequela estável, sem sintoma novo; doença falciforme com Doppler anual normal	Seguimento pelo pediatra com o especialista; reabilitação; adesão ao AAS; vacinas; sinais de alerta
● Moderada	Sem sintoma agudo, com preferência manual ou assimetria antes de 1 ano; Doppler transcraniano alterado ; infarto antigo achado na imagem	Encaminhar ao neurologista pediátrico com prioridade , com fisioterapia e estimulação já; Doppler alterado: encaminhar ao hematologista com urgência (transfusão crônica, PCDT 2024)
● Grave	Déficit focal súbito, mesmo regredido ; crise focal nova ou déficit pós-ictal prolongado ; cefaleia súbita e intensa; dor cervical súbita com sintoma neurológico; rebaixamento da consciência; doença falciforme com qualquer sintoma neurológico novo	Pronto-socorro já (SAMU 192), hospital com imagem imediata; glicemia capilar, SpO2 ≥ 94%, hora do início por escrito

Fatores de risco que elevam a gravidade ou a probabilidade: cardiopatia congênita, **doença falciforme**, **varicela nos últimos 12 meses**, trauma recente de cabeça ou pescoço, trombofilia, AVC ou AIT prévio, moyamoya, câncer, síndrome nefrótica, mastoidite, anticoncepcional, anticoagulação ou coagulopatia, idade < 1 ano (apresentação atípica).

3. Diagnóstico no consultório

A suspeita é clínica; a confirmação, só pela imagem. Nenhum escore exclui AVC na criança; o **FAST** (face, braço, fala, tempo) ajuda, mas **sua ausência não exclui** (RCPCH 2017).

- **Hora do início** (ou última vez vista bem), que define a janela; crise antes do déficit, trauma, varicela recente, cardiopatia, doença falciforme, anticoagulante, enxaqueca com aura prévia.
- Exame neurológico com Glasgow, PA e ausculta; **glicemia capilar sempre** (RCPCH 2017).

Exames — no hospital, nunca imagem eletiva para déficit agudo: RM com difusão e angio-RM cervical e intracraniana; TC com angio-TC se a RM não estiver disponível rapidamente (AHA/ASA 2026). O RCPCH 2017 pede **TC em até 1 hora e RM em até 24 horas** se a TC for normal. Trombose venosa: venografia.

AVC perinatal presumido (🟡): preferência manual antes de 12 meses, mão fechada ou pouco usada de um lado, assimetria no engatinhar, crise focal no lactente. A SBP inclui entre os sinais de alerta em qualquer idade a **"diferença acentuada entre os lados do corpo"** em força, tônus ou movimentos (SBP 2020). RM pelo neurologista pediátrico.

Diferencial que não pode passar:

- **Hipoglicemia** — glicemia capilar sempre.
- **Paralisia de Todd** — déficit após crise testemunhada, que regride em minutos a horas (SBP 2020). Sem crise testemunhada ou com déficit que não melhora, trate como AVC.
- **Enxaqueca hemiplégica** — diagnóstico **só depois que a imagem exclui AVC e tumor** (SBP 2020); primeira aura motora ou aura prolongada é AVC até prova em contrário (veja *Cefaleia e enxaqueca*).
- **Paralisia de Bell** atinge a testa; a central a poupa.

4. Tratamento e seguimento

No centro de referência (neurologia pediátrica, neurorradiologia, UTI; hematologia, cardiologia ou neurocirurgia conforme o caso):

- **Recanalização no AVC isquêmico arterial.** A diretriz AHA/ASA 2026 de AVC isquêmico agudo (Prabhakaran et al., *Stroke* 2026;57:e316–e436) é a primeira com recomendações pediátricas formais; o resumo oficial confirma a seção pediátrica, e o texto das recomendações abaixo foi conferido em transcrições (emDocs; International Pediatric Stroke Organization), pois o texto integral não pôde ser aberto: **alteplase IV pode ser considerada de 28 dias a 18 anos**, com déficit incapacitante, **até 4,5 horas** (segura, eficácia incerta; classe 2b); **trombectomia** na oclusão de grande vaso **a partir de 6 anos**, por neurointervencionista experiente, **até 6 horas e de 6 a 24 horas** com tecido recuperável

(classe 2a); **de 28 dias a 6 anos**, pode ser razoável até 24 horas (2b). O RCPCH 2017 é mais restritivo: trombólise **acima de 8 anos** e, de **2 a 8 anos, caso a caso**, com PedNIHSS 4–24, até 4,5 horas e oclusão confirmada. Não há ensaio pediátrico concluído; são recomendações de força fraca a moderada, baseadas em séries. SBP e MS não se posicionam; o site segue a AHA/ASA 2026 e o RCPCH: **decisão em centro pediátrico**, caso a caso.

- **Doença falciforme: transfusão de troca** para HbS < 30% e Hb 100–110 g/L; transfusão simples antes se a troca for atrasar > 6 h; a troca tem prioridade sobre a trombólise (RCPCH 2017). O PCDT 2024 prevê a troca e, se indisponível, a transfusão simples.
- **Trombose venosa:** anticoagulação por 3–6 meses e tratamento da causa (AHA/ASA 2019; AEP 2022).
- **Suporte:** tratar febre e crises, corrigir glicemia, hidratar; **não baixar a PA de rotina** (AHA/ASA 2019).

Prevenção secundária (prescrita pelo especialista; o pediatra cuida da adesão e da segurança): **AAS** no AVC isquêmico arterial sem cardioembolia (AHA/ASA 2019), **exceto** na doença falciforme (transfusão crônica com HbS < 30%, hidroxiureia e, em casos selecionados, transplante de células-tronco — PCDT 2024; RCPCH 2017) e em quem está anticoagulado.

Anticoagulação por 3–6 meses ou mais na cardioembolia e na trombofilia grave (AHA/ASA 2019) e na dissecação cervical (AEP 2022). **AVC perinatal:** em geral sem antitrombótico, salvo cardiopatia, trombofilia grave ou embolia (AHA/ASA 2019; AEP 2022). **Moyamoya:** hidratação em jejum e doença intercorrente (RCPCH 2017) e avaliação cirúrgica.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
AAS (prevenção secundária)	3–5 mg/kg/dia	1 vez/dia	Em geral 2 anos (AHA/ASA 2019)	SBP e MS não fixam dose: o site segue a AHA/ASA 2019. RCPCH 2017: 5 mg/kg (máx. 300 mg), 1 mg/kg (máx. 75 mg) após 14 dias. Especialista, só após a imagem ; não usar na doença falciforme
Alteplase IV (centro)	0,9 mg/kg (dose do adulto; AHA/ASA 2019, consenso)	Dose única, conforme bula	—	Fora da bula na criança; até 4,5 h (AHA/ASA 2026)
Glicose IV (glicemia < 60 mg/dL)	0,5–1 g/kg = SG 25% 2–4 mL/kg, ou SG 10% 5–10 mL/kg no lactente	Dose única; repetir conforme glicemia	—	Protocolo de Estado de Mal Convulsivo do site (a SBP, no neonato, e o documento Hipoglicemia na criança usam 0,2 g/kg = SG 10% 2 mL/kg)
Midazolam (crise ≥ 5 min)	IN 0,2; bucal 0,3; IM 0,2 mg/kg (máx. 10 mg)	Conforme protocolo	—	Protocolo de Estado de Mal Convulsivo do site
Diazepam (crise ≥ 5 min)	Retal 0,5 mg/kg; IV/IO 0,2–0,3 mg/kg (máx. 10 mg)	Conforme protocolo	—	Protocolo de Estado de Mal Convulsivo do site
Paracetamol (febre)	10–15 mg/kg/dose (máx. 75 mg/kg/dia; 500 mg/dose < 12 anos; nunca > 4 g/dia)	4–6 h	Reavaliar em 48–72 h	Padrão do site; tratar a febre é razoável (AHA/ASA 2019). Nunca AAS como antitérmico
Dipirona (febre)	10–12 mg/kg/dose (máx. 4 doses/dia)	6 h	Enquanto houver febre	Padrão do site; não usar < 3 meses ou < 5 kg (bula)

AAS e síndrome de Reye: em uso contínuo de AAS, **vacina influenza inativada todo ano** é prioritária dos 6 meses aos 18 anos, e a atenuada é contraindicada (CDC/ACIP 2025–26). A bula das vacinas varicela e SCRv orienta evitar salicilatos por **6 semanas** após a vacina — decidir com o especialista (padrão do site, *Cardiopatas congênitas*).

Não fazer: AAS, heparina ou anti-hipertensivo antes da imagem; atribuir o déficit a enxaqueca ou Todd sem imagem; pedir RM eletiva e mandar para casa.

Seguimento pelo pediatra (●), com o neurologista pediátrico: **reabilitação** precoce e contínua — fisioterapia, terapia ocupacional (contensão induzida e treino bimanual na hemiparesia), fonoaudiologia (fala, linguagem, deglutição) — e **avaliação neuropsicológica e escolar** (RCPCH 2017). Epilepsia pós-AVC com plano de resgate. Na doença falciforme, **Doppler anual dos 2 aos 16 anos sem falha** (PCDT 2024).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Pronto-socorro imediato (●): os critérios ● da tabela acima, mais ataxia, vertigem ou diplopia agudas e sinais de hipertensão intracraniana com mastoidite, desidratação, síndrome nefrótica ou anticoncepcional (trombose venosa).

Como encaminhar:

1. **SAMU (192)**; avisar o hospital (precisa ter **imagem imediata e neurologia pediátrica**).
2. **Hora do início por escrito**, sinais, glicemia, sinais vitais, medicamentos.
3. Vias aéreas, respiração, circulação; posição lateral se vômitos ou rebaixamento; **oxigênio para SpO2 ≥ 94%** (padrão do site; RCPCH > 92%).
4. **Glicemia capilar**; se < 60 mg/dL, glicose IV 0,5–1 g/kg (SG 25% 2–4 mL/kg; SG 10% 5–10 mL/kg no lactente), conforme o *Protocolo de Estado de Mal Convulsivo*.
5. **Crise ≥ 5 min**: midazolam IN 0,2, bucal 0,3 ou IM 0,2 mg/kg (máx. 10 mg), ou diazepam retal 0,5 mg/kg (máx. 10 mg).
6. Acesso venoso sem atrasar; **nada por boca**; febre com paracetamol ou dipirona; **sem AAS, heparina ou anti-hipertensivo**.
7. Doença falciforme: avisar o hematologista — a troca pode ser necessária mesmo com imagem inicial normal (RCPCH 2017).

Internação: todo AVC confirmado (investigação da causa, prevenção secundária, monitorização, reabilitação), em UTI conforme a gravidade.

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

- **Ligue 192 ou vá ao pronto-socorro já se houver boca torta, fraqueza ou dormência de um lado, dificuldade para falar ou entender, perda de visão, tontura ou desequilíbrio súbitos, convulsão, dor de cabeça muito forte e repentina, sonolência ou confusão. Não espere passar** — mesmo que melhore. Anote a hora em que começou.
- **Bebê que usa só uma mão antes de 1 ano**, mão sempre fechada ou um lado mais parado: consulta nos próximos dias (não é emergência).
- **Doença falciforme**: Doppler transcraniano **todo ano, dos 2 aos 16 anos**; qualquer fraqueza, fala enrolada, convulsão ou dor de cabeça forte é emergência.

- **Em uso de AAS:** não use AAS nem outro anti-inflamatório para febre ou dor; **vacina da gripe todo ano;** catapora ou gripe: avise o médico.
- **Anticoagulante:** pancada na cabeça, dor de cabeça forte ou sangramento é pronto-socorro.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Reconheci- mento	Déficit motor agudo é sinal de alerta (SBP 2020)	Sem protocolo pediátrico de AVC localizado	Sem diretriz própria localizada	NG128 só ≥ 16 anos; < 16, RCPCH 2017	Código ictus pediátrico	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE (RCPCH em < 16)
Imagem	Neuroimagem define a causa	—	—	RCPCH: TC em 1 h; RM em 24 h	Código ictus; RM de escolha no neonato	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Recanalização	Sem posição localizada	Sem posição localizada	— (AHA/ASA 2026: alteplase até 4,5 h; trom- bectomia ≥ 6 anos)	RCPCH: trom- bólise > 8 anos; 2–8 caso a caso	Em unidade experiente; trombólise ≥ 2 anos (Anales 2023)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Doença falciforme	Reconheci- mento precoce com o hemato- logista (SBP 2017)	Doppler anual 2–16 anos; transfusão crô- nica; troca no AVC	—	RCPCH: troca para HbS < 30%	Hidratação e exsanguíneo- transfusão	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Prevenção secundária	Antiplaquetário ou anticoagu- lante conforme a causa	—	— (AHA/ASA 2019: AAS 3–5 mg/kg/dia)	RCPCH: AAS 5 mg/kg, de- pois 1 mg/kg	Antiagregação; anticoagular embolia e dissecação	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
AVC perinatal	Assimetria en- tre os lados é sinal de alerta	—	— (AHA/ASA: em geral sem antitrombótico)	Fora do esco- po do RCPCH	Sem antiagre- gação, salvo cardiopatia ou trombofilia	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: todas concordam que o AVC da criança é subdiagnosticado, que só a imagem o separa dos mimetizadores e que a doença falciforme exige Doppler e transfusão. Divergem na recanalização (AHA/ASA 2026: alteplase a partir de 28 dias e trombectomia a partir de 6 anos; RCPCH: trombólise acima de 8 anos; AEP: ≥ 2 anos — todas por consenso), no esquema de AAS (3–5 mg/kg/dia pela AHA/ASA; 5 mg/kg reduzido a 1 mg/kg pelo RCPCH) e na primeira imagem (TC pelo RCPCH; RM pela AHA/ASA). SBP e MS não têm protocolo de AVC agudo pediátrico. O site adota a posição da SBP no reconhecimento, o PCDT do MS na doença falciforme e, onde ambos se calam, a AHA/ASA, a diretriz mais recente e a primeira com recomendações pediátricas formais.

PONTOS PRÁTICOS

1. Déficit focal súbito, crise focal nova ou cefaleia súbita e intensa é AVC até prova em contrário (●), mesmo regredido.
2. Glicemia capilar, hora do início, SpO2 ≥ 94%, SAMU para hospital com imagem imediata; nada de AAS antes da imagem.
3. Enxaqueca hemiplégica e paralisia de Todd só depois que a imagem exclui o AVC.
4. Doença falciforme: Doppler transcraniano anual dos 2 aos 16 anos; qualquer sintoma neurológico é emergência.
5. Preferência manual antes de 1 ano sugere AVC perinatal: neurologista pediátrico e estimulação sem esperar.
6. Em uso de AAS: vacina influenza inativada anual, cuidado com varicela (Reye) e nunca AAS como antitérmico.

Veja também, nesta Biblioteca: **Cardiopatias congênitas: seguimento após a alta** (Cardiologia); **Convulsão Neonatal** (Neonatologia); **Protocolo de Estado de Mal Convulsivo** (Urgências); **Cefaleia e enxaqueca, Convulsão febril e primeira crise epiléptica e Traumatismo cranioencefálico leve** (Patologias do consultório); **Desenvolvimento Neuromotor de 0 a 2 Anos** (Neurologia).

8. Fontes

- SBP, DC de Neurologia. Sinais de alerta na avaliação neurológica da criança e do adolescente, 2020. [PDF](#)
- SBP, DC de Hematologia. Doença cerebrovascular na doença falciforme, 2017 (apresentação). sbp.com.br
- Ministério da Saúde. PCDT da Doença Falciforme (Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 16, de 1º/11/2024). gov.br/conitec
- Ferriero DM et al. Management of Stroke in Neonates and Children (AHA/ASA). Stroke, 2019. [PDF](#)
- AHA/ASA. Prabhakaran S et al. 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. Stroke, 2026;57:e316–e436 (resumo). [Europe PMC](#); recomendações pediátricas transcritas em emdocs.net e [IPSO](#)
- RCPCH. Stroke in childhood — clinical guideline for diagnosis, management and rehabilitation, 2017 (revisão em andamento). rcpch.ac.uk; [PDF](#)

- AEP. de Castro de Castro P, Simón de las Heras R. Ictus pediátrico. Protocolos de Neurología Pediátrica, 2022. [PDF](#)
- de Castro P et al. Código ictus pediátrico. Anales de Pediatría, 2023. analesdepediatria.org
- NICE. Stroke and TIA in over 16s (NG128), 2019/2022 — escopo ≥ 16 anos (página não acessível; escopo confirmado na busca).
- Bogavac I et al. Presumed Perinatal Ischemic Stroke. Children (Basel), 2023. pmc.ncbi.nlm.nih.gov
- CDC/ACIP. Seasonal Influenza Vaccines — clinical considerations, 2025–26. cdc.gov

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.