

Diagnóstico Precoce do Câncer Infantil Salva Vidas

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

CONTEÚDO

- | | |
|--|-----------------------------------|
| 1. Por que o diagnóstico precoce salva vidas | 6. Quando investigar e como |
| 2. O desafio: sinais inespecíficos | 7. Erros comuns / armadilhas |
| 3. Sinais de alerta por aparelho | 8. Pontos-chave para a prova |
| 4. Combinações e padrões que pesam | 9. Casos clínicos comentados |
| 5. Emergências oncológicas no diagnóstico | 10. Comparação com as referências |
| | 11. Referências selecionadas |

1. Por que o diagnóstico precoce salva vidas

O câncer é uma das principais causas de morte por doença em crianças e adolescentes. Ao contrário do adulto, a maioria dos tumores pediátricos é de **crescimento rápido**, porém **altamente sensível ao tratamento** — com taxas de cura que ultrapassam 80% em muitos tipos quando diagnosticados a tempo. O diagnóstico precoce reduz o estágio ao diagnóstico, a intensidade do tratamento, as sequelas e a mortalidade.

PAPEL DO PEDIATRA

O pediatra geral é a peça central: dificilmente vê muitos casos de câncer na carreira, mas é quem tem a chance de **suspeitar primeiro**. A meta não é "diagnosticar o câncer", e sim **reconhecer o sinal de alarme e encaminhar/investigar** a tempo.

2. O desafio: sinais precoces e inespecíficos

O grande obstáculo é que os sintomas iniciais **imitam doenças comuns e benignas** da infância: viroses, dores do crescimento, anemia carencial, linfonodos reativos. O segredo está em valorizar:

- **Persistência:** sintoma que não melhora no tempo esperado (febre que dura semanas, dor que não cessa, linfonodo que só cresce);
- **Progressão:** piora contínua em vez de flutuação;
- **Desproporção:** intensidade ou achados que não combinam com o diagnóstico benigno presumido;
- **Sinais sistêmicos:** emagrecimento, sudorese noturna, palidez progressiva, prostração;
- **Falha de resposta:** não melhora com o tratamento habitual (ex.: "anemia" que não corrige com ferro).

3. Sinais de alerta por aparelho

Sinais de alarme e suspeita principal

SINAL / SINTOMA	PENSAR EM
Palidez + sangramentos/petéquias + febre + dor óssea	Leucemia
Febre prolongada/recorrente sem foco, sudorese noturna, perda de peso	Leucemia, linfoma (sintomas B)
Linfonodo > 2–3 cm, endurecido, indolor, crescente, ou supraclavicular	Linfoma

SINAL / SINTOMA**PENSAR EM**

Dor óssea/articular persistente, localizada ou unilateral, com claudicação, aumento de volume ou outra alteração ao exame — sobretudo se também acorda a criança (SBP, DC nº 4/2021)

Leucemia, tumor ósseo (osteossarcoma/Ewing), neuroblastoma

Cefaleia progressiva matinal + vômitos (sem náusea), alteração de marcha/visão

Tumor do SNC (hipertensão intracraniana)

Massa abdominal palpável

Neuroblastoma, tumor de Wilms, linfoma, hepatoblastoma

Leucocoria (reflexo branco), estrabismo recente

Retinoblastoma

Proptose / equimose periorbitária ("olhos de guaxinim")

Neuroblastoma metastático

Massa em partes moles que cresce, indolor

Rabdomiossarcoma / sarcomas

Aumento testicular indolor

Tumor de células germinativas, infiltração leucêmica

Dor nas costas que piora deitado, com ou sem déficit motor ou retenção urinária

Linfoma, neuroblastoma, leucemia (compressão medular)

Tosse seca persistente, ortopneia

Leucemia ou linfoma com massa mediastinal

"Dor de dente" rebelde, otorreia crônica, obstrução nasal com sangramento

Linfoma, rabdomiossarcoma, histiocitose

NÃO ESQUECER

Leucocoria ao teste do reflexo vermelho é sinal de retinoblastoma até prova em contrário — encaminhar ao oftalmologista com urgência (documento *Retinoblastoma e reflexo vermelho*). **Cefaleia + vômitos matinais** em criança merece exame neurológico cuidadoso e baixo limiar para neuroimagem.

4. Combinações e padrões que aumentam a suspeita

- **Tríade da leucemia:** palidez (anemia) + sangramento (plaquetopenia) + febre/infecção (neutropenia) — citopenias por infiltração medular; pode haver dor óssea e hepatoesplenomegalia/linfonodomegalia;
 - **Sintomas B do linfoma:** febre > 38 °C inexplicada, sudorese noturna profusa e perda > 10% do peso;
 - **Síndrome de hipertensão intracraniana:** cefaleia que piora ao deitar/de manhã, vômitos, papiledema, regressão de marcos, macrocrania no lactente;
 - **Hepatoesplenomegalia + adenomegalia generalizada + citopenias:** doença infiltrativa.
-

5. Emergências oncológicas que podem abrir o quadro

- **Massa mediastinal anterior** (LLA-T/linfoma): tosse, dispneia, ortopneia, edema/pletora de face (síndrome de veia cava superior) — risco em sedação/decúbito;
 - **Síndrome de lise tumoral** espontânea (hiperleucocitose): distúrbios metabólicos e renais;
 - **Compressão medular** (dor nas costas + déficit/retenção urinária): emergência neurológica;
 - **Hipertensão intracraniana** com risco de herniação.
-

6. Quando investigar e como

- **Exame de triagem inicial acessível:** hemograma com plaquetas e esfregaço (citopenias, blastos), DHL e ácido úrico, exame físico completo com palpação abdominal, linfonodos e testículos, e **teste do reflexo vermelho**;
- **Imagem dirigida:** radiografia/US conforme a queixa (massa abdominal → US; suspeita de tumor do SNC → neuroimagem);
- **Dor em membro com duas ou mais séries alteradas no hemograma** sugere neoplasia, e não doença reumática, mesmo sem blastos (SBP, DC nº 4/2021);

- **Encaminhamento com urgência** ao centro especializado de referência pediátrico diante de blastos, duas ou mais citopenias, massa, linfonodo com sinais de alerta ou déficit neurológico novo (SBP: "encaminhamento imediato"; não se fixa prazo);
-  **Pronto-socorro/hospital imediato** (Ministério da Saúde, 2017): sangramento ativo, plaquetas < 20.000/mm³, leucócitos > 50.000/mm³, hemoglobina < 6 g/dL; linfonodo ou massa mediastinal com dispneia; sinais de hipertensão intracraniana ou alteração da consciência; dor nas costas com déficit motor ou retenção urinária;
- Documentar e **reavaliar ativamente** sintomas persistentes em vez de dar alta sem rede de segurança.

7. Erros comuns / armadilhas

- Atribuir a "dores do crescimento" uma dor óssea persistente, localizada ou unilateral (a dor de crescimento é bilateral, nas pernas, sem achados ao exame, não causa claudicação e some de manhã). **Observação (Dr. Stefani):** dor do crescimento é **diagnóstico de exclusão**. A dor que acorda a criança, **sozinha**, não é sinal de alerta, porque a dor de crescimento também pode acordar (SBP, DC Reumatologia nº 4/2019 e Diretriz nº 177/2024); são alerta a dor localizada ou unilateral, a que persiste de manhã ou durante o dia, claudicação, febre, perda de peso, exame alterado e massa. A dor óssea **persistente** que também acorda a criança entra na lista da SBP Oncologia (DC nº 4/2021).
- Tratar repetidamente "anemia" que não responde ao ferro sem reavaliar.
- Considerar todo linfonodo como reativo, ignorando tamanho, consistência, localização supraclavicular e crescimento.
- Subestimar cefaleia com vômitos matinais e alterações neurológicas sutis.
- Não fazer/registrar o teste do reflexo vermelho.
- Prescrever corticoide antes do diagnóstico em suspeita de leucemia/linfoma (pode mascarar e alterar a investigação).

8. Pontos-chave para a prova

- Tumores pediátricos: **crescem rápido, mas curam muito** — precoce = melhor desfecho.
- **Palidez + sangramento + febre + dor óssea** → leucemia (hemograma!).
- Linfonodo > **2–3 cm, duro, indolor, crescente ou supraclavicular** → investigar linfoma.
- **Cefaleia + vômitos matinais** + sinais neurológicos → tumor do SNC.
- **Leucocoria** → retinoblastoma; **massa abdominal** → Wilms/neuroblastoma.
- Valorizar **persistência, progressão e desproporção**; não dar corticoide antes de investigar suspeita de neoplasia hematológica.

9. Casos clínicos comentados

CASO 1

Menino de 4 anos com palidez progressiva há 3 semanas, episódios de febre, aparecimento de petéquias e equimoses, e dor nas pernas que o faz mancar e chorar à noite. Ao exame, hepatoesplenomegalia e alguns linfonodos cervicais aumentados.

1. A principal hipótese diagnóstica é:

- ☐ A) Artrite reativa pós-viral
- ☐ B) Leucemia aguda
- ☐ C) Dores do crescimento
- ☐ D) Anemia ferropriva isolada
- ☐ E) Púrpura de Henoch-Schönlein

Gabarito: B) Palidez (anemia) + petéquias/equimoses (plaquetopenia) + febre + dor óssea noturna, com hepatoesplenomegalia e adenomegalia, compõem o quadro clássico de leucemia aguda por infiltração medular.

2. O exame inicial mais útil e acessível para a triagem é:

- ☐ **A)** Hemograma completo com plaquetas e esfregaço de sangue periférico
- ☐ **B)** Radiografia de tórax isolada
- ☐ **C)** Sorologia para dengue apenas
- ☐ **D)** Teste do suor
- ☐ **E)** Apenas reposição empírica de ferro e reavaliar em 3 meses

Gabarito: A) O hemograma com esfregaço pode revelar citopenias e blastos, orientando rapidamente para leucemia e o encaminhamento. Adiar com ferro empírico atrasaria o diagnóstico.

3. Antes de confirmar o diagnóstico, qual conduta deve ser evitada?

- ☐ A) Solicitar o hemograma
- ☐ B) Encaminhar à oncologia pediátrica
- ☐ C) Iniciar corticoide sistêmico empírico
- ☐ D) Examinar linfonodos, fígado e baço
- ☐ E) Avaliar sinais de sangramento

Gabarito: C) Corticoide antes do diagnóstico pode mascarar/alterar a investigação de leucemia e linfoma (citorredução parcial), prejudicando a definição. Deve-se investigar e encaminhar antes.

CASO 2

Menina de 6 anos com cefaleia há 5 semanas, pior ao acordar, com vômitos matinais que aliviam a dor e sem náusea importante. A mãe notou que ela está mais desequilibrada ao andar e "entortando" um olho recentemente.

1. O padrão da cefaleia e dos vômitos sugere:

- ☐ A) Enxaqueca sem aura típica
- ☐ B) Hipertensão intracraniana, levantando suspeita de tumor do SNC
- ☐ C) Cefaleia tensional
- ☐ D) Sinusite
- ☐ E) Gastroenterite

Gabarito: B) Cefaleia progressiva, pior ao acordar, com vômitos matinais "em jato" que aliviam a dor, ataxia e estrabismo recente, são clássicos de hipertensão intracraniana por tumor do SNC.

2. Que achado de exame físico reforçaria fortemente essa suspeita?

- ☐ A) Hiperemia de orofaringe
- ☐ B) Sopro cardíaco inocente
- ☐ C) Papiledema à fundoscopia
- ☐ D) Adenomegalia inguinal pequena
- ☐ E) Sinal de Giordano positivo

Gabarito: C) O papiledema indica hipertensão intracraniana e, no contexto, reforça a suspeita de tumor; sinais cerebelares (ataxia) e de pares cranianos (estrabismo) completam o quadro.

3. A conduta apropriada é:

- ☐ **A)** Neuroimagem (TC/RM de crânio) com urgência e avaliação especializada
- ☐ **B)** Prescrever analgésico e reavaliar em 2 meses
- ☐ **C)** Iniciar profilaxia de enxaqueca e alta
- ☐ **D)** Antibiótico para sinusite
- ☐ **E)** Apenas óculos após oftalmologista de rotina

Gabarito: A) Diante de sinais de hipertensão intracraniana, indica-se neuroimagem com urgência e encaminhamento, pelo risco de progressão e herniação. Adiar é perigoso.

10. Comparação com as referências

Versões conferidas em outubro de 2026. Regra do site: a conduta segue a SBP; na falta dela, o Ministério da Saúde; na falta de ambos, a melhor referência, indicada no texto.

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE
Versão consultada	DC nº 4, 09/09/2021; DC nº 3, 07/2019 (Linfonodomegalia); DC nº 1, 03/2017	Protocolo de diagnóstico precoce, 2017; INCA, 2ª ed., 2014; Lei 14.308/2022	Sem posição específica localizada	NG12 (23/06/2011); atualizada em 15/04/2026); NG1 (2019; atualizada 02/10/2023)

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE
Leucemia	Palidez, sangramento, febre, dor óssea persistente; dor em membro + 2 séries alteradas = neoplasia	Hemograma com diferencial manual (resultado em 24 h); reavaliar em 72 h	Sem posição específica localizada	Hemograma muito urgente; petéquias hepatoesplenomegalia; avaliação imediata
Linfonodo	> 2–3 cm, duro, crescente; supraclavicular sempre de alto risco	> 3 cm após 6 semanas; crescimento após 2 semanas; supraclavicular	Sem posição específica localizada	Linfadenopatia inexplicada: muito urgente
SNC	Cefaleia matutina persistente ou progressiva com alteração neurológica	HIC ou consciência alterada: emergência; imagem rápida	Sem posição específica localizada	Função neurológica nova: muito urgente; cefaleia com sinais de alerta: mesmo dia
Emergência	—	Sangramento ativo, plaquetas < 20.000, leucócitos > 50.000, Hb < 6; massa mediastinal com dispneia; HIC	Sem posição específica localizada	Imediato (petéquias hepatoesplenomegalia)
Encaminhamento	Imediato a centro de referência; sem corticoide antes do diagnóstico	Com urgência, de preferência ao serviço que vai tratar; rede pela Lei 14.308/2022	Sem posição específica localizada	Níveis com prazo (h)

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE
Preocupação dos pais	—	—	Sem posição específica localizada	Considerar encaminhar se os pais persistem preocupados (1.1)

Leitura: todas as referências com posição convergem: os sinais iniciais são inespecíficos, o valor está na **persistência, na progressão e na combinação**, o **hemograma com esfregaço** é o primeiro exame e a suspeita leva ao **centro que vai tratar**, sem corticoide antes do diagnóstico. Divergências: (1) **prazos** — NICE e AEPap classificam em níveis com horas ou semanas e o MS fixa 24 h para o hemograma e até 7 dias para a imagem; o site não fixa prazo: encaminha "com urgência" ou indica ; (2) **linfonodo** — SBP 2–3 cm (supraclavicular de qualquer tamanho), AEPap 2 cm, MS > 3 cm após 6 semanas; o site segue a SBP; (3) **dor que acorda** — a SBP Oncologia (2021) lista a dor óssea persistente que desperta a criança, enquanto a SBP Reumatologia aceita que a dor de crescimento acorde; o site resolve assim: o despertar isolado não é alerta, a dor persistente, localizada ou com outros achados é; a **cefaleia que acorda** é alerta em todas as referências. Como a SBP não define critérios numéricos de emergência, **o site adota a SBP na suspeita e no encaminhamento e o Ministério da Saúde (2017) nos critérios de **. O NICE lembra um ponto útil: a preocupação persistente dos pais é motivo para encaminhar.

PONTOS PRÁTICOS

1. Sintoma que persiste, progride ou não responde ao tratamento habitual: reavalie ativamente e peça hemograma com esfregaço.
2. Duas ou mais citopenias, blastos, massa, linfonodo com sinais de alerta ou déficit neurológico novo: encaminhe com urgência ao centro de referência.
3. Sangramento ativo, plaquetas < 20.000, leucócitos > 50.000, Hb < 6, massa mediastinal com dispneia, HIC, consciência alterada ou compressão medular: .
4. Teste do reflexo vermelho pelo menos 3 vezes por ano até 3 anos (SBOP/CBO/SBP 2024); leucocoria = oftalmologista com urgência.
5. Nunca corticoide antes do diagnóstico em suspeita de leucemia ou linfoma.
6. Valorize a preocupação persistente dos pais.

11. Referências selecionadas

- SBP, Departamento Científico de Oncologia. Epidemiologia e diagnóstico precoce do câncer infantojuvenil (Documento Científico nº 4), 09/09/2021. [PDF](#)
- SBP, Departamento Científico de Oncologia. Linfonodomegalia periférica na criança e no adolescente: quando pensar em câncer (Documento Científico nº 3), julho de 2019. [PDF](#)
- SBP, Departamento Científico de Oncologia. Atuação do pediatra: epidemiologia e diagnóstico precoce do câncer pediátrico (Documento Científico nº 1), março de 2017. [PDF](#)
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde (com INCA e SOBOPE). Protocolo de diagnóstico precoce do câncer pediátrico, 2017. [PDF](#)
- Ministério da Saúde, INCA e Instituto Ronald McDonald. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente, 2ª ed. revista e ampliada, 2014. [PDF](#)
- Brasil. Lei nº 14.308, de 8 de março de 2022 — Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica. planalto.gov.br
- NICE. Suspected cancer: recognition and referral (NG12), publicada em 23/06/2015, atualizada em 15/04/2026. nice.org.uk
- NICE. Suspected neurological conditions: recognition and referral (NG127), 01/05/2019, atualizada em 02/10/2023 — recomendações 1.21.1 a 1.21.4 (cefaleia na criança). nice.org.uk
- AEPap e SEHOP (Barrios M, Acha T). Guía de detección temprana — cáncer en niños y adolescentes, 2015 (adaptação da NICE CG27). guiadeteccioncancerinfantil.aepap.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. Diante de suspeita de câncer, encaminhe a serviço de oncologia pediátrica conforme protocolo local.

[↑ Voltar ao topo](#)