

Massas abdominais na criança — neuroblastoma e tumor de Wilms

Da massa abdominal palpável à ultrassonografia com urgência e ao centro de referência, com os sinais do neuroblastoma e do tumor de Wilms, o rastreio nas síndromes predisponentes e as emergências

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

Massa abdominal palpável na criança é investigada com urgência. A maioria é benigna (hidronefrose, rim multicístico, fecaloma, bexiga distendida), mas os tumores sólidos mais comuns do abdome infantil, o **neuroblastoma** e o **tumor de Wilms**, apresentam-se assim, muitas vezes em criança bem, com a massa notada pelos pais no banho. O primeiro exame é a **ultrassonografia abdominal**, pedida com urgência e sem atrasar o encaminhamento. **Palpe com delicadeza e não repita a palpação** (risco de ruptura do Wilms). Na suspeita, a criança é **encaminhada com urgência ao centro de referência em oncologia pediátrica**, que faz o estadiamento, a biópsia e o tratamento (SBP 2025; MS 2017). Não há tratamento domiciliar: o pediatra faz o seguimento compartilhado e o rastreo com ultrassonografia nas síndromes predisponentes. **Vão direto ao pronto-socorro** (🔴): massa de crescimento rápido, distensão com desconforto respiratório, dor abdominal súbita com palidez (ruptura ou hemorragia), fraqueza nas pernas ou perda do controle esfinteriano (compressão medular), crise hipertensiva, hematúria volumosa e febre em criança em quimioterapia.

1. O que é e como se apresenta

A idade orienta (MS 2017). No **recém-nascido** predominam as causas renais benignas (hidronefrose, rim displásico multicístico, nefroma mesoblástico, cistos); o tumor maligno mais frequente é o neuroblastoma. Dos **1 aos 5 anos**, o tumor de Wilms e o neuroblastoma; o **hepatoblastoma** surge sobretudo antes dos 3 anos.

Neuroblastoma (SBP, Documento Científico nº 207/2025)

- Tumor embrionário do sistema nervoso simpático (crista neural); **tumor sólido extracraniano mais frequente da infância** e neoplasia mais comum do primeiro ano (20–35% dos casos antes de 1 ano). Média de idade ao diagnóstico de 23 meses; raro após 10 anos.
- Retroperitônio em 65%, sobretudo **adrenal**; também mediastino posterior, pescoço e pelve.
- **Cerca de 60% têm doença avançada** ao diagnóstico, com febre persistente, irritabilidade, perda de peso, dor óssea, anemia e **hipertensão arterial**.
- **Sinais que não podem passar:**
 - **Equimose periorbitária**, em geral bilateral, e proptose ("sinal do guaxinim"), por metástase orbitária — não confundir com maus-tratos.
 - **Síndrome opsoclonus-mioclonus-ataxia** ("olhos e pés dançantes"): cerca de metade das crianças pequenas com ela tem neuroblastoma (NCI PDQ); investigar sempre.

- **Síndrome de Horner adquirida** (ptose, miose, anidrose): sempre investigar.
- **Tumor paravertebral com compressão medular** (dor nas costas ou nas pernas, fraqueza, perda do controle da bexiga ou do intestino): **emergência oncológica**.
- **Nódulos subcutâneos arroxeados** no lactente; **diarreia aquosa** por peptídeo intestinal vasoativo (VIP).
- **Lactente:** muitos tumores são localizados no estágio MS (antigo 4S: metástases restritas à pele, fígado e medula), que podem regredir sozinhos, mas a hepatomegalia maciça pode causar desconforto respiratório.

Tumor de Wilms (nefroblastoma)

- **Tumor renal maligno mais frequente da infância**, cerca de 7% das neoplasias infantis; 78% entre 1 e 5 anos, mais comum aos 2–3 anos (SBP 2017); bilateral em 5–10% (documentos do site).
- Em geral **massa no flanco, firme, indolor, em criança bem**. Por frequência: massa, **hipertensão, hematúria**, dor abdominal e constipação (SBP 2017); hipertensão em cerca de 25% e hematúria macroscópica em cerca de 18% (NCI PDQ). Dor súbita, aumento rápido do abdome e anemia sugerem **hemorragia ou ruptura**.
- **Síndromes associadas** (MS 2017; AACR 2024): **WAGR** (Wilms, aniridia, anomalias geniturinárias, déficit intelectual; risco de 45–60%), **Denys-Drash** e outras do gene *WT1*, espectro **Beckwith-Wiedemann** (macroglossia, onfalocele, visceromegalias, hipoglicemia neonatal, crescimento lateralizado), **hemi-hiperplasia**, Perlman, Simpson-Golabi-Behmel, trissomia 18. Aniridia, hipospádia e criptorquidia alertam.

No exame (orientação; só imagem e histologia definem): o Wilms costuma ser liso e **respeitar a linha média**; o neuroblastoma, irregular, endurecido, **cruza a linha média** e dá mais sintomas sistêmicos.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Criança sem massa com síndrome predisponente, em rastreio; criança já diagnosticada, estável, em seguimento compartilhado; dúvida que se desfaz (fecaloma que some após evacuar, bexiga cheia)	Pediatra: rastreio com ultrassonografia (abaixo), com genética e oncologia; reexame programado; sinais de alerta
● Moderada	Massa abdominal palpável em criança estável; organomegalia sem explicação; hematúria macroscópica sem causa clara; guaxinim, Horner adquirido ou opsoclonus-mioclonus em criança estável; massa achada em ultrassonografia	Ultrassonografia com urgência , exames iniciais e encaminhamento com urgência ao centro de referência em oncologia pediátrica (SBP 2025; MS 2017)
● Grave	Massa de crescimento rápido (MS 2017); distensão com desconforto respiratório ou SpO2 < 92%; dor abdominal súbita com palidez, taquicardia ou hipotensão; déficit motor, dor nas costas ou perda do controle esfinteriano ; PA ≥ p95 + 30 mmHg, > 180/120 mmHg no adolescente ou elevada com sintomas; hematúria volumosa ou com coágulos; febre em quimioterapia; anemia grave, sangramento, oligúria	Pronto-socorro com suporte oncológico pediátrico: estabilizar, oxigênio, acesso venoso, SAMU (192) se instável

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Lactente com hepatomegalia maciça (neuroblastoma MS): descompensa rápido.
- Tumor paravertebral ou com dor nas costas; hipertensão com sintomas.
- Febre, perda de peso, dor óssea, palidez e citopenias (doença metastática, linfoma).
- Síndrome predisponente e rim único.

3. Diagnóstico no consultório

Palpar uma vez, bem. Criança calma, mãos aquecidas, delicadeza: lado, tamanho, consistência, mobilidade com a respiração (o baço desce, o Wilms não) e relação com a linha média. **Não palpe repetidamente nem deixe vários examinadores palparem.** Registre o achado.

Completar o exame: pressão arterial com manguito adequado (largura ≈ 40% da circunferência do braço; ver "Hipertensão arterial sistêmica"); olhos (equimose, proptose, aniridia, movimentos oculares caóticos, ptose e miose); pele (nódulos, palidez, petéquias); linfonodos, fígado e baço; genitais; **força, sensibilidade e esfínteres**; assimetria corporal e macroglossia. **Anamnese:** velocidade de crescimento, febre, perda de peso, dor óssea ou nas

costas, hábito urinário e intestinal, ultrassonografia pré-natal, hipoglicemia neonatal, história familiar.

Exames, sem atrasar o encaminhamento:

EXAME	PARA QUE SERVE
Ultrassonografia abdominal, com Doppler se possível	Confirma a massa, o órgão de origem, se é sólida ou cística, e avalia veia renal e cava; é o caminho quando a criança não colabora com o exame (AEPap)
Hemograma com esfregaço; urina tipo 1	Anemia, citopenias, blastos; hematúria
Creatinina, eletrólitos, ácido úrico, DHL	Função renal; lise tumoral (Burkitt, massa de crescimento rápido)
VMA e HVA urinários	Neuroblastoma, em geral pedidos no centro (SBP 2025); pouco sensíveis no recém-nascido (SBP 2025)
Alfafetoproteína	Massa hepática (hepatoblastoma)

Do centro de referência: tomografia ou ressonância, cintilografia com MIBG, mielograma e biópsia de medula, biópsia do tumor e estudo do *MYCN* (amplificado em cerca de 20%, mau prognóstico), ploidia, 1p e 11q (SBP 2025); estadiamento **INRG** do neuroblastoma (L1, L2, M e MS); protocolo do Wilms (SIOP, mais usado no Brasil, com quimioterapia antes da cirurgia, ou COG); pesquisa de von Willebrand adquirido, presente em cerca de 4% dos Wilms (NCI PDQ).

Não puncionar nem biopsiar fora do centro.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- **Hidronefrose** e rim multicístico, as massas mais comuns do recém-nascido (ver "Hidronefrose antenatal").
- **Hepatoblastoma:** hipocôndrio direito, menor de 3 anos, alfafetoproteína alta, prematuridade, Beckwith-Wiedemann.
- **Linfoma de Burkitt:** crescimento muito rápido, dor, intussuscepção, lise tumoral — **emergência**.
- Benignas: bexiga distendida (válvula de uretra posterior), fecaloma, bolo de áscaris, esplenomegalia, cistos, hemangioma hepático; nefroma mesoblástico no recém-nascido.
- Equimose periorbitária: também trauma, maus-tratos, coagulopatia. Opsoclonus-mioclonus: também encefalite pós-infecciosa — investigar o tumor sempre.

4. Tratamento e seguimento

Do centro de referência

- **Neuroblastoma:** de **observação apenas** (muitos lactentes de baixo risco) a cirurgia e quimioterapia no risco intermediário; no **alto risco**, quimioterapia intensiva, cirurgia, radioterapia, transplante autólogo, isotretinoína e **imunoterapia anti-GD2**, que aumentou a chance de cura; a eflornitina (DFMO) após a imunoterapia reduz a recaída (SBP 2025). Sobrevida acima de 95% no baixo risco e em torno de 50% no alto risco (documentos do site).
- **Wilms:** nefrectomia e quimioterapia (antes ou depois, conforme SIOP ou COG); radioterapia nos estádios avançados ou com anaplasia; **cirurgia poupadora de néfrons** nos bilaterais e nas síndromes. Sobrevida acima de 90% na histologia favorável (documentos do site).
- **Opsoclonus-mioclonus:** tratamento imunológico com a neurologia.

Do pediatra

1. **Reconhecer e encaminhar com urgência**, sem esperar todos os resultados. A Lei 14.308/2022 (Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica) prioriza o diagnóstico precoce e o acesso, pela regulação, preferencialmente aos **centros habilitados**.
2. **Acolher a família** e manter o seguimento compartilhado durante e depois do tratamento.
3. **Puericultura no tratamento:** vacinas conforme o oncologista e os CRIE (sem vacinas vivas na quimioterapia; ver Imunizações), nutrição, desenvolvimento, escola e apoio psicológico.
4. **Febre em quimioterapia = emergência** (neutropenia febril): pronto-socorro do centro.
5. **Longo prazo:** PA, urina e função renal (rim único, síndromes com *WT1*), audição e coração conforme a quimioterapia, crescimento, puberdade, segunda neoplasia (diretrizes de longo prazo do COG).

Rastreio nas síndromes predisponentes (sem massa). SBP e Ministério da Saúde listam as síndromes, mas **não definem esquema**; o site segue a **AACR 2024**, a referência mais recente e detalhada:

- Risco de Wilms acima de 1% (Beckwith-Wiedemann na maioria dos subtipos, WAGR, *WT1*, Perlman, Simpson-Golabi-Behmel e outras): **ultrassonografia renal a cada 3 meses do nascimento (ou do diagnóstico) até os 7 anos**.
- Beckwith-Wiedemann e outras com risco de hepatoblastoma: **ultrassonografia abdominal completa e alfafetoproteína a cada 3 meses até os 3 anos**, depois só a renal até os 7. No subtipo *CDKN1C*, o risco é de neuroblastoma, e não de Wilms.
- Trissomia 18: decisão compartilhada; se feito, ultrassonografia renal a cada 3 meses até os 12 anos.
- O subtipo e o risco são definidos pela **genética médica**. A SIOP-Europa (2021) usa limiar de risco mais alto. **Não há rastreio de neuroblastoma na população geral** (NCI PDQ).

Medicamentos que o pediatra pode usar

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose; máx. 75 mg/kg/dia, 500 mg/dose abaixo de 12 anos, nunca > 4 g/dia	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Reavaliar em 48–72 h	Dor ou febre antes do diagnóstico (padrão do site; bula)
Dipirona	15 mg/kg/dose	6 h (máx. 4 doses/dia)	Idem	Não usar < 3 meses ou < 5 kg (bula); padrão do site (decisão de 30/09/2026); SBP 2024 e MS: 15–25 mg/kg

- **Não usar:** ibuprofeno e outros anti-inflamatórios com massa renal, hematúria, hipertensão ou suspeita de plaquetopenia; **corticoide antes do diagnóstico** (mascara linfoma e leucemia; documentos do site); anti-hipertensivo no consultório na crise e **nifedipino de liberação imediata** (SBP 2019); enema ou laxante estimulante com massa não esclarecida.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Massa de **crescimento rápido** ou aumento rápido do abdome (MS 2017); sinais de lise tumoral.
- Distensão com **desconforto respiratório** ou $\text{SpO}_2 < 92\%$.
- **Dor abdominal súbita** com palidez, taquicardia, hipotensão (ruptura, hemorragia).
- **Compressão medular:** dor nas costas, fraqueza, dificuldade de andar, retenção ou incontinência.
- **Crise hipertensiva:** $\text{PA} \geq \text{p95} + 30 \text{ mmHg}$ ou $> 180/120 \text{ mmHg}$ no adolescente, ou elevada com cefaleia intensa, vômitos, alteração visual ou neurológica.
- Hematúria volumosa, com coágulos ou retenção; oligúria; anemia grave, sangramento.
- Febre em quimioterapia; opsoclonus-mioclonus agudo com ataxia incapacitante.

Como encaminhar

1. **Não palpar de novo;** evitar trauma abdominal no transporte.
2. **Oxigênio** se desconforto ou $\text{SpO}_2 < 92\%$, mantendo **$\text{SpO}_2 \geq 94\%$** durante o encaminhamento.
3. **Acesso venoso** se possível; no choque, expansão com cristalóide conforme o protocolo do serviço e contato com a cirurgia pediátrica.
4. **Compressão medular:** transporte deitado, sem atraso, para serviço com ressonância, neurocirurgia e oncologia pediátrica.
5. **Hipertensão:** não baixar a PA no consultório (ver "Hipertensão arterial sistêmica").

6. **SAMU (192)** se instável; contato prévio, de preferência com o **centro de referência** da regulação.
7. **Relatório:** massa, PA, sinais associados, exames, síndrome conhecida.

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

- "Encontramos um aumento na barriga que precisa ser esclarecido com urgência; quando é tumor, a chance de cura é alta."
- "Não aperte nem massageie a barriga até a avaliação no centro."
- "Na síndrome de risco, o ultrassom é a cada 3 meses: não falte."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** barriga crescendo rápido, dor forte e súbita na barriga, palidez ou desmaio, falta de ar, urina com muito sangue, fraqueza nas pernas, perda do controle do xixi ou do cocô, dor de cabeça forte com vômitos, febre durante a quimioterapia, manchas roxas ou sangramento.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Suspeita	Massa, febre, hipertensão, guaxinim, op-soclonus, Horner (2025)	Massa, hema-túria, hiperten-são, alteração esfinteriana (2017)	Sem posição específica localizada	Massa palpá-vel, órgão au-mentado inex-plicado; hema-túria visível (Wilms)	Massa indolor; hematúria com massa (AEPap)	Sem posição específica localizada	Massa súbita, hematúria, dor, hipertensão (Boston Children's)	Segue o NICE
Exame inicial	Imagem e catecolaminas no serviço especializado	Ultrassonogra-fia antes de encaminhar, se em tempo hábil	Sem posição específica localizada	Avaliação pelo especialista	Ultrassonogra-fia se o exame físico for impossível	Sem posição específica localizada	Ultrassonogra-fia, TC, RM	Segue o NICE
Encaminha-mento	Rápido a servi-ço especializado	Imediato se crescimento rápido ou com-pressão medular	Sem posição específica localizada	Muito urgente (<i>very urgent</i>)	Derivação ime-diata ou urgente	Sem posição específica localizada	Centro de tu-mores sólidos	Segue o NICE
Rastreio nas síndromes	Sem esquema localizado	Lista síndro-mes, sem esquema	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Monitorar, sem esquema	Segue o NICE
Tratamento	Por grupo de risco; anti-GD2, DFMO	Centros habili-tados (Lei 14.308/2022)	Sem posição específica localizada	—	—	Sem posição específica localizada	Nefrectomia e quimioterapia	Segue o NICE

Leitura: todas as referências com posição convergem: **massa abdominal palpável exige investigação e encaminhamento urgentes**, com a ultrassonografia como primeiro exame. O **NICE** classifica como "muito urgente"; o **Ministério da Saúde** admite confirmar com

ultrassonografia antes de encaminhar, se o exame sai em tempo hábil, mas pede encaminhamento imediato na massa de crescimento rápido ou na compressão medular; a **AEPap** (atenção primária, federada à AEP) pede derivação imediata. A **SBP** (2025) manda encaminhar rapidamente a serviço especializado e alerta para a baixa sensibilidade das catecolaminas no recém-nascido. Nenhuma das 9 referências tem **esquema de rastreio** nas síndromes predisponentes: o site segue a **AACR 2024**, mais recente e detalhada (a SIOP-Europa usa limiar de risco maior). **O site adota a posição da SBP** — investigação com urgência e encaminhamento rápido ao centro de referência —, sem fixar prazo em dias.

PONTOS PRÁTICOS

1. Massa abdominal palpável: ultrassonografia com urgência e encaminhamento com urgência ao centro de referência, sem esperar todos os exames.
2. Palpe uma vez, com delicadeza, e registre; não repita a palpação.
3. Meça a PA e examine olhos, pele, genitais e a força das pernas: hipertensão, guaxinim, opsoclonus, Horner, aniridia e déficit motor mudam a conduta.
4. Crescimento rápido, desconforto respiratório, dor súbita com palidez, compressão medular ou crise hipertensiva: pronto-socorro.
5. Sem corticoide, anti-inflamatório ou punção antes do diagnóstico.
6. Beckwith-Wiedemann, WAGR e *WT1*: ultrassonografia renal a cada 3 meses até os 7 anos (e alfafetoproteína até os 3 na Beckwith-Wiedemann), com a genética.

Veja também, nesta Biblioteca: **Diagnóstico Precoce do Câncer Infantil Salva Vidas e Câncer na Infância — Os 10 Tipos Mais Comuns** (Oncologia); **Hidronefrose antenatal** (Nefrologia e Urologia); **Hipertensão arterial sistêmica** (Cardiologia); **Hematúria, proteinúria e edema** (Patologias do consultório).

8. Fontes

- SBP, Departamento Científico de Oncologia. Neuroblastoma — o que o pediatra precisa saber? Documento Científico nº 207, 2025. [PDF](#)
- SBP, Departamento Científico de Oncologia. Atuação do pediatra — epidemiologia e diagnóstico precoce do câncer pediátrico, 2017. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Protocolo de diagnóstico precoce do câncer pediátrico, 2017. [PDF](#)
- Brasil. Lei nº 14.308/2022 — Política Nacional de Atenção à Oncologia Pediátrica. planalto.gov.br

- NICE. Suspected cancer — recognition and referral (NG12), recomendações 1.12.1 e 1.12.3. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AEPap. Guía de detección del cáncer infantil — neuroblastoma y tumor de Wilms. aepap.org
- Boston Children's Hospital. Wilms tumor. childrenshospital.org
- National Cancer Institute. Neuroblastoma Treatment (PDQ), versão para profissionais. [cancer.gov](https://www.cancer.gov)
- National Cancer Institute. Wilms Tumor and Other Childhood Kidney Tumors Treatment (PDQ), versão para profissionais. [cancer.gov](https://www.cancer.gov)
- AACR Pediatric Cancer Working Group. Update on Surveillance for Wilms Tumor and Hepatoblastoma in Beckwith-Wiedemann Syndrome and Other Predisposition Syndromes. Clin Cancer Res, 2024. [PMC](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)
- Hol JA et al. Wilms tumour surveillance in at-risk children (SIOP-Europe). Eur J Cancer, 2021. [PubMed](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.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.