

A criança que manca (claudicação aguda)

Como separar sinovite transitória de artrite séptica e osteomielite, reconhecer Perthes, epifisiólise, fraturas, maus-tratos e neoplasia, e quando encaminhar com urgência

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
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

Mancar é sinal, não diagnóstico. A **sinovite transitória do quadril** responde por 80–85% das claudicações não traumáticas (AAFP): criança de 3 a 8–10 anos, em bom estado geral, afebril (febre, mesmo baixa, pede avaliação no mesmo dia), após infecção viral, que apoia o membro com dor. É tratada **em casa** com ibuprofeno e repouso relativo e deve melhorar em 24–72 h, com reavaliação garantida. O que não pode passar: **artrite séptica e osteomielite** (febre, recusa total de apoio, toxemia, provas inflamatórias elevadas — critérios de Kocher e PCR > 2 mg/dL de Caird), **epifisiólise do fêmur proximal** (adolescente, muitas vezes obeso, que pode queixar-se **só do joelho**; suspender a carga e encaminhar no mesmo dia), **fratura do lactente** e **maus-tratos** em menores de 3 anos, **leucemia e tumores ósseos** (dor noturna, palidez, equimoses, perda de peso). Menor de 3 anos, febre, recusa de apoio, dor intensa, rotação interna do quadril limitada no adolescente ou sinais sistêmicos indicam **pronto-socorro no mesmo dia** (🔴). Claudicação que persiste além de 7–10 dias sem diagnóstico exige investigação ambulatorial (🟡).

1. O que é e como se apresenta

- **Definição:** alteração da marcha por dor, fraqueza ou deformidade; na criança pequena, pode ser só recusa em andar, regressão da marcha ou choro ao trocar a fralda.
- **Marcha antálgica** (apoio curto do lado doloroso) sugere dor; **marcha de Trendelenburg** sugere doença do quadril ou fraqueza do glúteo médio.
- **Dor referida:** doença do quadril frequentemente se manifesta como dor na coxa ou no **joelho**. Todo joelho doloroso com exame normal exige exame do quadril.

Causas por faixa etária (AAFP 2023; SEUP/AEP 2023; BJGP 2020)

IDADE	MAIS COMUNS	NÃO PERDER
1–3 anos	Fratura do lactente (tíbia), sinovite transitória (menos frequente), trauma leve	Artrite séptica, osteomielite, discite, maus-tratos, displasia do quadril não diagnosticada, paralisia cerebral leve
3–10 anos	Sinovite transitória, trauma, artrite reativa	Artrite séptica, Perthes, leucemia, AIJ, neuroblastoma
11–16 anos	Lesões por sobrecarga, trauma esportivo, Osgood-Schlatter	Epifisiólise do fêmur proximal , osteomielite, tumores ósseos (osteossarcoma, Ewing), AIJ relacionada à entesite

Entidades principais

- **Sinovite transitória:** inflamação autolimitada do quadril, 3–8 anos (AEPap), após virose; dor na virilha, coxa ou joelho, bom estado geral; resolve em cerca de uma semana. É **diagnóstico de exclusão**.
- **Artrite séptica:** emergência. Monoartrite aguda com febre, dor intensa, recusa de apoio; quadril em flexão, abdução e rotação externa. *Staphylococcus aureus* é o principal agente; *Kingella kingae* abaixo de 4 anos dá quadro mais indolente. A cartilagem pode ser lesada em horas (AAFP).
- **Osteomielite hematogênica aguda:** dor óssea metafisária localizada, febre, recusa de apoio; pode coexistir com artrite séptica no lactente (SBP). Radiografia inicial normal; ressonância é o exame mais sensível.
- **Doença de Legg-Calvé-Perthes:** necrose avascular idiopática da cabeça femoral, 4–8 anos, predomínio masculino; claudicação insidiosa, pouco dolorosa, dor referida ao joelho, limitação da abdução e da rotação interna, sem febre.
- **Epifisiólise do fêmur proximal:** deslizamento da epífise femoral, 10–16 anos (pico 11–14), associada a obesidade e a doenças endócrinas. Dor na virilha, coxa ou **joelho**, marcha com o pé em rotação externa, sinal de Drehmann (rotação externa obrigatória ao fletir o quadril). **Instável** quando a criança não consegue apoiar, mesmo com muletas — maior risco de necrose avascular. Pode ser bilateral.
- **Fratura do lactente (*toddler's fracture*):** fratura espiral sem desvio da diáfise distal da tíbia em criança de 9 meses a 3 anos que começou a andar, após queda banal; radiografia inicial pode ser normal.
- **Maus-tratos:** fratura em quem não anda, história incompatível ou mutável, demora na procura, equimoses atípicas.
- **Neoplasia:** leucemia (acometimento articular em 15–30%, simulando artrite — AAFP), neuroblastoma, osteossarcoma, Ewing, osteoma osteoide (dor noturna que cede com anti-inflamatório).
- **Outras:** artrite reativa, febre reumática, vasculite por IgA, artrites virais (chikungunya), AIJ, discite, corpo estranho no pé, dor após vacina intramuscular.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	≥ 3 anos, bom estado geral, sem febre (axilar < 37,5 °C), apoia o membro, dor leve a moderada, início < 72 h, trauma leve compatível ou quadro sugestivo de sinovite transitória; exame sem edema ósseo, sem hiperemia, sem dor à palpação óssea localizada	Ibuprofeno e repouso relativo em casa; reavaliação em 24–72 h garantida; se não melhorar, investigar
● Moderada	Claudicação > 7–10 dias sem diagnóstico; claudicação insidiosa pouco dolorosa (suspeita de Perthes); dor mecânica em adolescente com exame do quadril normal; rigidez matinal, edema articular > 6 semanas (AIJ); dor em apófises	Investigação ambulatorial em dias: hemograma, VHS, PCR; radiografia dirigida (quadril AP e Lauenstein, tíbias); encaminhar a ortopedia pediátrica ou reumatologia conforme o caso
● Grave	Idade < 3 anos com claudicação aguda sem causa clara; febre (≥ 37,5 °C axilar) com dor articular ou óssea; recusa total de apoio ; toxemia; dor intensa à mobilização passiva; articulação quente e edemaciada; dor óssea localizada com febre; adolescente com dor no quadril ou joelho e rotação interna do quadril limitada (epifisiólise); suspeita de fratura ou de maus-tratos; palidez, petéquias, equimoses, hepatoesplenomegalia, perda de peso ou dor noturna persistente	Pronto-socorro no mesmo dia com ortopedia (ver "Como encaminhar"); na suspeita de epifisiólise, proibir a carga e transportar sem apoio

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 3 anos (comunicação limitada, maior risco de infecção e maus-tratos) — NICE (via BJGP 2020) orienta avaliação urgente em < 3 anos e em > 9 anos com quadril doloroso ou de rotação limitada.
- Imunodeficiência, anemia falciforme, corticoide; varicela ou lesão de pele recentes.
- Obesidade e doenças endócrinas (epifisiólise).
- Contexto social de risco, atraso na procura, história incompatível.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese: início, duração, trauma (compatível?), febre, infecção recente, dor noturna, rigidez matinal, perda de peso, sangramentos, vacinas recentes.

Exame: despir os membros inferiores e observar a marcha. Examinar **do pé à coluna:** pele (petéquias, equimoses), palpação óssea ponto a ponto (tíbias), articulações (edema, calor),

rotação interna do quadril comparada (o teste mais sensível de doença intra-articular), coluna, abdome, linfonodos, fígado e baço, exame neurológico e temperatura axilar.

Critérios de Kocher (1999) — artrite séptica × sinovite transitória do quadril

1. Febre > 38,5 °C (**critério de Kocher**; para a conduta, febre é axilar $\geq 37,5$ °C — SBP — e toda febre com claudicação merece avaliação no mesmo dia).
2. Incapacidade de apoiar o membro.
3. VHS > 40 mm/h.
4. Leucócitos > 12.000/mm³.

Probabilidade de artrite séptica conforme o número de critérios (SBP 2020): 0 = < 0,2%; 1 = 3%; 2 = 40%; 3 = 93%; 4 = 99,6%. **Caird (2006)** acrescentou **PCR > 2 mg/dL (20 mg/L)** como preditor independente. As validações posteriores mostraram desempenho menor que o original, e os critérios não se aplicam bem ao joelho nem à *Kingella* (SEUP/AEP 2023): são auxílio, não substituem a clínica.

Exames — quando pedir

- **Sinovite transitória típica** (●): nenhum exame na primeira consulta; reavaliar em 24–72 h.
- **Febre, recusa de apoio ou dúvida**: hemograma, VHS, PCR e hemocultura — no pronto-socorro, onde a ultrassonografia do quadril (derrame) e a punção articular guiada podem ser feitas.
- **Suspeita de fratura do lactente**: radiografia das tíbias (AAFP: bilateral em < 5 anos sem sinais de infecção); se normal e a suspeita persistir, repetir em 7–10 dias.
- **Suspeita de Perthes ou epifisiólise**: radiografia de **ambos os quadris**, anteroposterior e **Lauenstein (rã)** — a epifisiólise inicial pode aparecer só na incidência lateral (AAFP 2025).
- **Claudicação > 7–10 dias, dor noturna, sinais sistêmicos**: hemograma com esfregaço (blastos, citopenias), VHS, PCR, desidrogenase láctica, ácido úrico; radiografia da região dolorosa. Ressonância é o exame de escolha para osteomielite e para lesões ósseas iniciais.

Não esquecer causas extra-articulares: abscesso do psoas ou apendicite retrocecal (dor à extensão do quadril), torção testicular, discite.

4. Tratamento em casa

Apenas para o quadro ●, com reavaliação garantida.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Ibuprofeno (1ª escolha na sinovite transitória)	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	3–7 dias, enquanto houver dor	A partir de 6 meses; evitar na suspeita de dengue, desidratação e varicela; tratamento sintomático da sinovite transitória (AEPap)
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor, com reavaliação	Máx. 75 mg/kg/dia, nunca > 4 g/dia
Dipirona	10–12 mg/kg/dose	6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Não usar < 3 meses ou < 5 kg; "1 gota/kg" leva a superdosagem

Paracetamol. Atenção ao efeito cumulativo: o uso repetido por 48–72 h, especialmente em doses no limite máximo, em criança desidratada, desnutrida, com jejum prolongado ou somando mais de um produto com paracetamol, aumenta o risco de hepatotoxicidade — não ultrapassar a dose diária, não usar por mais de 48–72 h sem reavaliação médica e conferir outros medicamentos que contenham paracetamol.

- **Não alternar** analgésicos e antitérmicos.
- **Repouso relativo:** a criança limita a atividade pela dor; evitar esportes até a marcha normalizar.
- **Não usar:** antibiótico empírico oral "por via das dúvidas" (mascara artrite séptica e osteomielite); **corticoide** sem diagnóstico (pode mascarar leucemia — ver "Diagnóstico Precoce do Câncer Infantil"); imobilização gessada sem radiografia e diagnóstico.
- **Sinovite transitória:** sem ultrassonografia de controle (o derrame persiste por semanas — AEPap); episódios repetidos ou arrastados pedem radiografia para excluir Perthes.
- **Fratura do lactente confirmada:** imobilização conforme ortopedista, analgesia, e sempre checar a coerência da história.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Todos os critérios da linha  da tabela, em especial:

- Menor de 3 anos com claudicação aguda sem explicação clara.
- Febre (axilar $\geq 37,5$ °C) com dor articular ou óssea; recusa total de apoio; articulação quente e edemaciada.
- **Adolescente com dor no quadril, na coxa ou no joelho e rotação interna do quadril limitada** (epifisiólise).
- Suspeita de fratura, síndrome compartimental (dor desproporcional, edema tenso) ou maus-tratos.

- Petéquias sem explicação ou hepatoesplenomegalia (NICE: encaminhamento imediato); dor óssea persistente com palidez, fadiga ou equimoses pede hemograma em até 48 h (NICE NG12).
- Sinovite transitória que piora, passa a ter febre ou não melhora em 48–72 h.

Como encaminhar

1. **Epifisiólise:** proibir a carga; não testar a marcha repetidamente; transportar deitado ou em cadeira de rodas, sem apoiar o membro.
2. Suspeita de artrite séptica ou osteomielite: analgesia; **não iniciar antibiótico oral** antes da punção e das culturas, salvo se houver sepse ou grande demora no transporte, após contato com o serviço.
3. Fratura: tala provisória e analgesia. Sepse: oxigênio, acesso venoso se disponível, SAMU (192).
4. Contato prévio com o serviço (ortopedia pediátrica) e relatório com início, temperatura, achados e medicações.
5. Suspeita de maus-tratos: registrar achados e falas, **notificação obrigatória (compulsória)** ao Conselho Tutelar e encaminhamento ao serviço com equipe de proteção.

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

- "Volte em 1 a 3 dias para reexame, mesmo que esteja melhor."
- "Procure o pronto-socorro se aparecer febre, se ela parar de apoiar a perna, se a dor piorar, se a articulação inchar ou ficar vermelha e quente, ou se ela ficar abatida."
- "Dor que acorda à noite, palidez, manchas roxas sem pancada e perda de peso precisam ser avaliadas logo."
- Adolescente: "Dor no joelho que piora ao andar pode vir do quadril: não force a perna até o exame."
- Retorno: 24–72 h na sinovite transitória; 7–10 dias na suspeita de fratura do lactente com radiografia inicial normal.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Artrite séptica × sinovite	Critérios de Kocher com probabilidades; PCR no seguimento (SBP 2020)	AAFP 2023: Kocher + PCR > 2 mg/dL	CKS: < 3 anos e > 9 anos com quadril doloroso → avaliação urgente (via BJGP 2020)	Segue o NICE; protocolos de trusts do NHS usam Kocher com PCR > 20 mg/L	Kocher e Caird como apoio, não substitutos da clínica (SEUP 2023)
Sinovite transitória	Pré-escolar após virose (SBP 2020)	AAFP: causa de 80–85% das claudicações não traumáticas	Diagnóstico de exclusão, reavaliação garantida	Segue o NICE; revisão em 5–7 dias nos casos de alerta intermediário (Royal Cornwall)	AINE; reavaliar em 24–72 h; sem ultrassonografia de controle
Epifisiólise	Não abordada no documento de artrite aguda (2020)	AAFP 2025: suspender carga e encaminhamento urgente; radiografia AP e rã bilateral	Encaminhamento urgente	Segue o NICE	Urgência cirúrgica; manter sem apoio
Neoplasia	Radiografia na suspeita de neoplasia (SBP 2020)	AAFP: dor noturna, perda de peso, organomegalia	Hemograma em 48 h; petéquias ou hepatoesplenomegalia → imediato	Segue o NICE	Dor persistente > 7–10 dias, sistêmica

Leitura: as referências convergem em que a sinovite transitória é a causa mais comum, mas diagnóstico de exclusão com reavaliação obrigatória; em que febre com recusa de apoio é artrite séptica até prova em contrário; e em lembrar a epifisiólise no adolescente com dor no joelho. Os critérios de Kocher aparecem em todas, com a PCR de Caird na AAFP, no NHS e na AEP, que os trata como ferramenta auxiliar. Não há diretriz clínica formal da AAP sobre claudicação; os dados norte-americanos vêm das revisões da AAFP. O NICE é o mais explícito nos limites de idade para avaliação urgente e nos prazos para hemograma e radiografia na suspeita de câncer. O limiar de febre de Kocher (> 38,5 °C) é critério de pesquisa; na conduta, qualquer febre (axilar ≥ 37,5 °C, SBP) com claudicação merece avaliação no mesmo dia.

PONTOS PRÁTICOS

1. Joelho doloroso com exame normal: examine o quadril — epifisiólise e Perthes doem no joelho.
2. Adolescente obeso com dor no joelho e rotação interna limitada: sem carga e ortopedia no mesmo dia, com radiografia AP e Lauenstein dos dois quadris.
3. Febre com recusa de apoio é artrite séptica ou osteomielite até prova em contrário: não dar antibiótico oral antes das culturas.
4. Sinovite transitória só com reavaliação garantida em 24–72 h.
5. Menor de 3 anos que manca: palpe as tíbias, pense em fratura do lactente e em maus-tratos.
6. Dor noturna, palidez e equimoses: hemograma antes de qualquer corticoide.

Veja também, nesta Biblioteca: Artrites na Criança e Artrite Idiopática Juvenil (Reumatologia); Diagnóstico Precoce do Câncer Infantil e Leucemia Linfoblástica Aguda (Oncologia); Displasia do Desenvolvimento do Quadril (Neonatologia); Nefropatia por IgA e Vasculite por IgA; Como Conduzir uma Criança com Febre (Urgências e Emergências).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Reumatologia. Artrite aguda em crianças e adolescentes (documento científico), 2020. [PDF](#)
- Morancie NA, Helton MR. Evaluating the child with a limp. American Family Physician, 2023. [aafp.org](#)
- Slipped capital femoral epiphysis: rapid evidence review. American Family Physician, 2025. [aafp.org](#)
- The limping child — when to worry and when to refer: a GP's guide. British Journal of General Practice, 2020 (resume o NICE CKS). [bjgp.org](#)
- Royal Cornwall Hospitals NHS Trust. Acute atraumatic limp in children — clinical guideline, v2.1, 2026. [PDF](#)
- NICE NG12 — Suspected cancer: recognition and referral (recomendações pediátricas conforme Macmillan Rapid Referral Guidelines). [Sarcoma ósseo](#) · [Leucemia](#)
- Estrada Petrus et al. Cojera no traumática en Urgencias Pediátricas. Emergencias Pediátricas (SEUP), 2023. [PDF](#)
- Alcobendas Rueda RM, de Inocencio Arocena J. Algoritmo — Cojera. AEPap, 2018. [aepap.org](#)

- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed., 2021 (obra de referência).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · 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.