

Doenças exantemáticas

Como distinguir sarampo, rubéola, escarlatina, exantema súbito, eritema infeccioso e varicela, quando usar aciclovir e quais exantemas não podem esperar

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

A maioria dos exantemas febris da infância é viral e autolimitada. **Sarampo** (febre alta, tosse, coriza, conjuntivite, manchas de Koplik e exantema cefalocaudal) e **rubéola** são de **notificação obrigatória (compulsória)** desde a suspeita, com isolamento e bloqueio vacinal dos contatos; toda criança com sarampo recebe **vitamina A** em duas doses. **Escarlatina** é estreptocócica e se trata com amoxicilina ou penicilina benzatina. **Exantema súbito** e **eritema infeccioso** são benignos em crianças saudáveis. **Varicela** é leve na maioria, mas o aciclovir oral está indicado em adolescentes > 12 anos, doenças crônicas de pele ou pulmão, uso de corticoide ou salicilato e casos secundários domiciliares; no imunodeprimido e no neonato, aciclovir intravenoso. Evitar ibuprofeno e AAS na varicela. A maioria é tratada em casa (●). Encaminhar ao pronto-socorro (●) se houver **petéquias ou púrpura que não clareiam**, toxemia, desconforto respiratório, sinais neurológicos, celulite extensa ou dor desproporcional nas lesões (fasciíte necrosante), desidratação, ou varicela em neonato ou imunodeprimido. Febre ≥ 5 dias com exantema lembra **doença de Kawasaki**.

Veja também, nesta Biblioteca: **Doença de Kawasaki**.

1. O que é e como se apresenta

DOENÇA	AGENTE	IDADE TÍPICA	PISTAS PARA O DIAGNÓSTICO
Sarampo	Morbilivírus	Qualquer idade não vacinada	Pródromo de 3–5 dias com febre alta, tosse, coriza, conjuntivite; manchas de Koplik; exantema maculopapular confluyente de progressão cefalocaudal; criança muito abatida
Rubéola	Rubivírus	Escolares, adolescentes não vacinados	Febre baixa; exantema róseo que dura cerca de 3 dias; adenomegalia retroauricular e occipital; artralgia em adolescentes
Escarlatina	<i>Streptococcus pyogenes</i>	Escolares	Faringoamigdalite; exantema micropapular áspero ("lixa"), acentuado nas dobras (sinal de Pastia); palidez perioral; língua em framboesa; descamação de extremidades
Exantema súbito (roséola)	Herpesvírus humano 6 e 7	6–24 meses	Febre alta 3–5 dias em criança em bom estado; exantema róseo no tronco quando a febre cede; pode causar crise febril
Eritema infeccioso	Parvovírus B19	4–10 anos	Face "esbofetada", depois exantema rendilhado em braços, coxas e nádegas, que vai e volta por semanas; pouco sintoma geral
Varicela	Vírus varicela-zóster	Pré-escolares e escolares	Vesículas pruriginosas em surtos, lesões em diferentes estágios ("céu estrelado"), distribuição centrípeta, couro cabeludo e mucosas

- **Transmissibilidade:** sarampo de 6 dias antes a 4 dias após o exantema (MS); rubéola até 7 dias após o exantema (AEP); varicela de 1–2 dias antes do exantema até todas as lesões em crosta; eritema infeccioso transmite antes do exantema e não é mais contagioso quando ele aparece.
- **Complicações do sarampo:** otite, pneumonia (cerca de 1 em 20 crianças), diarreia com desidratação, encefalite aguda (1 a 4 por 1.000), panencefalite esclerosante subaguda anos depois e óbito (1 a 3 por 1.000) (MS). Mais graves em lactentes, desnutridos e imunodeprimidos.
- **Complicações da varicela:** infecção bacteriana de pele e partes moles (a mais comum em crianças — *S. pyogenes* e *S. aureus*), celulite, **fasciíte necrosante**, choque tóxico, pneumonia, ataxia cerebelar, encefalite, trombocitopenia, síndrome de Reye com AAS.
- **Parvovírus B19:** crise aplásica em doença falciforme e esferocitose; hidropisia fetal na gestante. **Rubéola:** síndrome da rubéola congênita se a gestante se infectar no início da gestação.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Bom estado geral, hidratado, sem desconforto respiratório; exantema que clareia à pressão; varicela com lesões sem sinais inflamatórios; exantema súbito, eritema infeccioso, escarlatina aceitando antibiótico oral	Tratamento em casa, sintomáticos, afastamento escolar, orientação de sinais de alerta
● Moderada	Sarampo em criança hidratada e sem hipoxemia; varicela em adolescente > 12 anos, com doença de pele ou pulmonar crônica, em uso de corticoide, ou caso secundário domiciliar; lesões de varicela com celulite localizada; febre persistente > 4 dias no curso da varicela ou retorno da febre; ingestão reduzida	Reavaliação em 24–48 h; aciclovir oral nas indicações; antibiótico oral para infecção cutânea localizada
● Grave	Petéquias ou púrpura que não clareiam; toxemia, hipotensão, enchimento capilar lento; desconforto respiratório ou SpO ₂ < 92%; convulsão, sonolência, ataxia, rigidez de nuca; desidratação; celulite extensa, dor desproporcional, edema endurecido ou lesões escurecidas (fasciíte necrosante); varicela em neonato, imunodeprimido ou com pneumonia; sarampo em lactente pequeno, desnutrido ou com complicação	Encaminhar ao pronto-socorro/hospital com isolamento; antibiótico parenteral imediato se suspeita de doença meningocócica ou choque

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Neonatos (varicela materna de 5 dias antes a 2 dias depois do parto) e lactentes; adolescentes > 12 anos na varicela.
- Imunodeficiência, quimioterapia, corticoide em dose imunossupressora, HIV.
- Desnutrição e deficiência de vitamina A (sarampo).
- Doença falciforme e anemias hemolíticas (parvovírus B19).
- Dermatite atópica extensa e doença pulmonar crônica (varicela); vacinação incompleta.

3. Diagnóstico no consultório

- **Clínico**, pela sequência febre-exantema, morfologia, distribuição e sinais associados. Pressionar as lesões ("teste do copo") para separar exantema que clareia de petéquia/púrpura.
- **Sarampo e rubéola**: coletar sangue para IgM e swab de orofaringe/nasofaringe e urina para RT-PCR até 7 dias do exantema; o diagnóstico laboratorial é padrão-ouro (MS). Notificar e acionar a vigilância na suspeita, sem esperar confirmação.
- **Escarlatina**: teste rápido ou cultura de orofaringe para estreptococo do grupo A quando disponível.

- **Varicela:** clínico. **Parvovírus B19:** hemograma e reticulócitos se palidez em criança com anemia hemolítica.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- **Doença meningocócica:** febre com petéquias ou púrpura, sobretudo progressivas, abaixo da linha dos mamilos ou com mau estado geral. Às vezes começa como exantema maculopapular que clareia.
- **Doença de Kawasaki:** febre ≥ 5 dias com conjuntivite não purulenta, alterações de lábios e língua, exantema polimorfo, alterações de extremidades e adenomegalia cervical.
- Síndrome do choque tóxico; Stevens-Johnson e DRESS (medicamento recente, mucosas); dengue e outras arboviroses; síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica.

4. Tratamento em casa

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Vitamina A (sarampo)	< 6 meses 50.000 UI; 6–11 meses 100.000 UI; ≥ 12 meses 200.000 UI (MS)	1 dose ao dia	2 dias (dia da suspeita e dia seguinte)	Toda criança com suspeita de sarampo; se houver sinais oculares de deficiência de vitamina A, 3ª dose 2–4 semanas depois (OMS)
Aciclovir oral (varicela)	20 mg/kg/dose (máx. 800 mg/dose)	4 vezes ao dia (AAP/AEP)	5 dias	Iniciar nas primeiras 24 h do exantema; indicações abaixo
Amoxicilina (escarlatina)	50 mg/kg/dia (máx. 1 g/dia)	1x/dia ou 12/12 h	10 dias	Ver faringoamigdalite
Penicilina G benzatina IM (escarlatina)	< 20 kg: 600.000 UI; ≥ 20 kg: 1.200.000 UI	Dose única	—	Quando a adesão ao oral é incerta
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver febre ou dor	Máx. 75 mg/kg/dia (SBP), nunca > 4 g/dia
Dipirona	10–12 mg/kg/dose (SBP 2021)	6/6 h	Enquanto houver febre ou dor	Máx. 4 doses/dia; "1 gota/kg" leva a superdosagem (SBP); bula: não usar < 3 meses ou < 5 kg

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.

- **Aciclovir oral na varicela (AAP, via CDC):** não é rotina na criança saudável < 12 anos. Considerar em > 12 anos, doença crônica de pele ou pulmão, uso prolongado de salicilato, corticoide em curso curto, intermitente ou inalatório; alguns especialistas incluem casos secundários domiciliares (em geral mais intensos). O Guia de Vigilância do MS traz 20 mg/kg/dose 5 vezes ao dia por 5 dias.
- **Aciclovir intravenoso (hospital):** imunodeprimidos, neonatos, pneumonia, encefalite, hepatite ou doença disseminada — 10 mg/kg/dose 8/8 h em < 1 ano ou 500 mg/m²/dose 8/8 h em ≥ 1 ano, por 7–10 dias (AAP).
- **Na varicela, evitar ibuprofeno** (associado a infecção invasiva por estreptococo do grupo A; AEP, NHS) e **nunca usar AAS** (síndrome de Reye). Unhas curtas, banho diário, compressas frias; anti-histamínico oral de 2ª geração pode aliviar o prurido (sedativos de 1ª geração: não usar, exceto por problema social, por curto período e fora da faixa de contraindicação); evitar talcos e pomadas caseiras.
- **Infecção secundária localizada de lesões de varicela:** antibiótico com cobertura para *S. pyogenes* e *S. aureus*, com reavaliação em 48 h.

Isolamento e afastamento

- Sarampo: afastar até 4 dias após o início do exantema, com precaução para aerossóis no serviço de saúde.
- Rubéola: até 7 dias após o exantema; afastar de gestantes.
- Varicela: até todas as lesões em crosta (em geral 5–7 dias); afastar de gestantes, neonatos e imunodeprimidos.
- Escarlatina: retornar após 24 h de antibiótico (NHS).
- Exantema súbito e eritema infeccioso: sem necessidade de afastamento após o exantema, se a criança estiver bem.

Notificação

- Sarampo e rubéola: **notificação obrigatória (compulsória)** de todo caso suspeito, com coleta de exames e bloqueio vacinal dos contatos.
- Varicela: notificação obrigatória (compulsória) dos casos graves, surtos e óbitos (MS).

Vacinação e profilaxia

- Tríplice viral aos 12 meses e tetraviral aos 15 meses; dose adicional de varicela aos 4 anos (calendário do PNI). Em surtos de sarampo, "dose zero" de 6 a 11 meses (MS).
- Contatos suscetíveis: vacina de bloqueio o mais cedo possível (sarampo em até 72 h; varicela em até 3–5 dias). Imunodeprimidos, gestantes e neonatos expostos à varicela: imunoglobulina específica pelo CRIE, o quanto antes (CDC admite até 10 dias).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Febre com petéquias ou púrpura, ou exantema com mau estado geral.
- Sinais de choque, desconforto respiratório, $\text{SpO}_2 < 92\%$.
- Convulsão (exceto crise febril simples recuperada), sonolência, ataxia, rigidez de nuca.
- Varicela com celulite extensa, dor desproporcional, lesões escurecidas ou hemorrágicas, febre que retorna após melhora.
- Varicela em neonato, imunodeprimido ou com pneumonia; sarampo complicado ou em lactente pequeno/desnutrido.
- Febre ≥ 5 dias com critérios de Kawasaki.

Como encaminhar

1. Suspeita de doença meningocócica ou sepse: ceftriaxona ou penicilina cristalina IV/IM antes da transferência, se não atrasar a remoção (NICE NG240).
2. Oxigênio se $\text{SpO}_2 < 94\%$ ou choque; acesso venoso e expansão com cristalóide se houver choque e equipe treinada.
3. Avisar o destino sobre doença transmissível (sarampo e varicela exigem isolamento respiratório); máscara cirúrgica na criança.
4. SAMU (192) se instável; relatório com cronologia febre-exantema, vacinação e medicamentos.

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

- "Na catapora, use paracetamol ou dipirona; não use ibuprofeno nem AAS. Corte as unhas e dê banho diário."
- Retorno em 24–48 h se febre persistir mais de 3–4 dias ou voltar depois de melhorar.
- Ir ao pronto-socorro se: manchas roxas ou vermelhas que não somem ao apertar; criança largada, sonolenta ou com convulsão; falta de ar; pouco xixi; lesão da catapora muito vermelha, quente, inchada ou muito dolorida; febre por 5 dias ou mais com olhos e lábios vermelhos.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Sarampo	Notificação obrigatória; vitamina A em 2 doses; isolamento	Vitamina A para crianças com sarampo; notificação	Doença de notificação; suporte	Segue o NICE	Isolamento até 4–5 dias após o exantema
Aciclovir na varicela	Grupos de risco; MS 20 mg/kg/dose 5x/dia por 5 dias	Oral em > 12 anos e condições de risco; IV em imunodeprimidos	Não rotineiro na criança saudável	Segue o NICE	80 mg/kg/dia em 4 doses por 5 dias (máx. 800 mg/dose) nos grupos de risco
Antitérmico na varicela	Paracetamol, dipirona; sem AAS	Paracetamol; sem AAS	Evitar ibuprofeno (NHS)	Segue o NICE	Evitar ibuprofeno e AAS
Escarlatina	Amoxicilina 10 dias ou benzatina (< 20 kg 600.000 UI; ≥ 20 kg 1.200.000 UI)	Amoxicilina ou penicilina 10 dias	Antibiótico; afastar 24 h após a 1ª dose	Segue o NICE	Penicilina ou amoxicilina 10 dias
Afastamento na varicela	Até todas as lesões em crosta (MS)	Até lesões em crosta	Até lesões em crosta (cerca de 5 dias)	Segue o NICE	Até lesões em crosta

Leitura: há convergência sobre o diagnóstico clínico, o isolamento até as crostas na varicela, o aciclovir restrito a grupos de risco e o exantema que não clareia como sinal vermelho. As diferenças: a dose de aciclovir oral é 4 vezes ao dia na AAP e na AEP e 5 vezes ao dia no Guia do MS; a vitamina A no sarampo é enfatizada pelo MS e pela AAP; a advertência contra ibuprofeno na varicela é explícita no NHS e na AEP; o corte de peso para penicilina benzatina é de 20 kg no Brasil.

PONTOS PRÁTICOS

1. Aperte o exantema: petéquia ou púrpura com febre é doença meningocócica até prova em contrário.
2. Sarampo e rubéola: notificar na suspeita, coletar exames, isolar e vacinar contatos; vitamina A em duas doses.
3. Na varicela, nada de ibuprofeno ou AAS; aciclovir oral nas primeiras 24 h para > 12 anos e grupos de risco; IV para neonato e imunodeprimido.
4. Dor desproporcional, edema endurecido ou febre que volta na varicela sugerem infecção bacteriana invasiva ou fasciíte necrosante.
5. Febre $\geq$ 5 dias com exantema e conjuntivite: pense em Kawasaki.
6. Confira a caderneta: tríplice viral, tetraviral e varicela aos 4 anos.

8. Fontes

- Ministério da Saúde. Sarampo — saúde de A a Z (vitamina A, transmissão, complicações), 2025. gov.br
- Ministério da Saúde. Catapora (varicela) — saúde de A a Z. gov.br
- Secretaria de Saúde do Tocantins. Protocolo de varicela (baseado no Guia de Vigilância Epidemiológica do MS). [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Manejo da febre aguda, 2021. [PDF](#)
- CDC. Clinical Guidance for People at Risk for Severe Varicella (recomendações da AAP). cdc.gov
- Drugs.com. Acyclovir dosage — pediatric varicella. drugs.com
- AEP. Conejo Fernández AJ, Cruz Cañete M. Enfermedades exantemáticas víricas, Protocolos de Infectología, 2023. [PDF](#)
- NICE. NG143 — Fever in under 5s, 2019; NG240 — Meningitis (bacterial) and meningococcal disease, 2024. [NG143](#) · [NG240](#)
- NHS. Chickenpox; Scarlet fever. [Chickenpox](#) · [Scarlet fever](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

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.