

Dor em membros (dor de crescimento e sinais de alerta)

Como reconhecer a dor de crescimento, a hipermobilidade e as dores por sobrecarga, e quando a dor nos membros indica artrite, infecção, leucemia ou tumor ósseo

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 **dor de crescimento** afeta 10–20% das crianças de 3 a 10 anos (SBP): dor **bilateral**, nas pernas (coxas, panturrilhas, atrás dos joelhos), **no fim do dia ou à noite**, que cede com massagem ou analgésico e **desaparece pela manhã**, com intervalos livres de dias a semanas, **sem claudicação**, sem limitação das atividades e com **exame físico normal**. É diagnóstico clínico de exclusão, sem exames na forma típica; o tratamento é orientação, massagem, calor e analgésico nas crises, em casa (●). São **sinais de alerta** (●/●): dor **unilateral** ou localizada em um osso, dor que persiste de manhã ou piora progressivamente, **claudicação**, **edema articular**, **rigidez matinal**, febre, perda de peso, sudorese noturna, **palidez**, **petéquias ou equimoses**, hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia, **dor que acorda a criança**. Nesses casos, hemograma com esfregaço, VHS e PCR e radiografia da região; palidez com petéquias, equimoses ou hepatoesplenomegalia vão ao **hospital no mesmo dia** (suspeita de leucemia). **Nunca iniciar corticoide** antes de excluir leucemia. Hipermobilidade e apofisites (Osgood-Schlatter, Sever) são causas benignas comuns, tratadas com orientação e ajuste de atividade.

1. O que é e como se apresenta

Dor de crescimento (SBP 2019; AEPap)

- **Definição:** dor musculoesquelética benigna, recorrente e autolimitada, **sem relação comprovada com o crescimento** (a AAP lembra que nem o estirão puberal é rápido o bastante para doer).
- **Epidemiologia:** 10–20% das crianças; início entre 3 e 10 anos; sem predomínio de sexo; história familiar em 20–47% (SBP).
- **Crítérios de inclusão:** dor bilateral (80%) nos membros inferiores, em coxas, canelas, panturrilhas ou fossa poplíteia, **não articular**; no fim da tarde ou à noite (dor que acorda a criança é sinal de alerta — ver observação abaixo); episódios de 10–30 minutos a poucas horas; alívio com massagem, calor ou analgésico; **ausência de dor pela manhã**; intervalos livres de dias a semanas; atividades e marcha normais; exame físico normal.
- **Crítérios de exclusão (sinais de alerta):** dor unilateral persistente; dor articular; dor pela manhã ou ao acordar; dor diurna que piora com a atividade; claudicação; edema, calor ou limitação articular; massa palpável; sinais sistêmicos; exame neurológico alterado (SBP).
- **Observação (Dr. Stefani):** dor do crescimento é **diagnóstico de exclusão**. Embora a SBP descreva que ela pode acordar a criança, neste site **a dor que acorda a criança é sinal de alerta** e deve ser investigada (hemograma, VHS/PCR, radiografia conforme o quadro), em concordância com os documentos de Oncologia.

- Associa-se, com frequência, a hipermobilidade articular, pé plano e maior atividade física no dia.

Hipermobilidade articular benigna

- Amplitude articular aumentada, comum na infância (25–50% das crianças menores de 8–10 anos, segundo a AEPap), tende a diminuir com a idade. Escore de Beighton ≥ 4 de 9 (AEPap) sugere hipermobilidade generalizada.
- Dor após atividade, entorses fáceis, dor de crescimento associada. Investigar síndromes de Ehlers-Danlos e Marfan se houver pele hiperextensível, cicatrizes atróficas, estatura alta com envergadura aumentada, luxações, prolapso mitral ou história familiar.

Dores por sobrecarga (apofisites) (AAFP 2019)

- **Osgood-Schlatter:** apofisite da tuberosidade anterior da tíbia; pré-adolescente e adolescente esportista, durante o estirão; dor, edema e sensibilidade na tuberosidade, pior ao saltar, correr, ajoelhar; bilateral em 30%. Autolimitada até o fim do crescimento.
- **Sever:** apofisite do calcâneo; 8–12 anos; dor no calcanhar com a atividade, às vezes com claudicação após o esporte; **teste de compressão lateral do calcâneo** positivo. Autolimitada.

Causas que não podem passar

- **Leucemia aguda:** câncer mais comum da infância (pico 2–5 anos). Dor óssea ou articular, às vezes intensa e noturna, com claudicação ou recusa a andar, palidez, febre, petéquias, equimoses, hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia; pode simular artrite ou dor de crescimento, e o hemograma pode ser pouco alterado no início (documentos de Oncologia desta Biblioteca).
- **Tumores ósseos:** osteossarcoma (adolescente, metáfises do joelho) e sarcoma de Ewing (diáfises, pelve; febre e VHS elevada podem simular osteomielite); dor persistente, noturna, localizada, com ou sem aumento de volume. **Osteoma osteoide:** dor noturna localizada que melhora com anti-inflamatório.
- **Neuroblastoma:** pré-escolar com dor óssea, massa abdominal, equimose periorbital.
- **Artrite idiopática juvenil:** edema articular por ≥ 6 semanas, rigidez matinal, fenômeno do gel, claudicação que melhora ao longo do dia; a criança pequena raramente se queixa de dor (documentos de Reumatologia desta Biblioteca).
- **Infecção:** osteomielite, artrite séptica (febre, dor localizada, recusa de apoio).
- **Outras:** febre reumática, vasculite por IgA, artrites virais, doença falciforme, deficiência de vitamina D, hipotireoidismo, doenças neuromusculares, síndromes de amplificação dolorosa.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Preenche os critérios de dor de crescimento: bilateral, não articular, no fim do dia ou à noite, ausente pela manhã, sem claudicação, bom estado geral, crescimento normal, exame normal; ou hipermobilidade benigna; ou apofisite típica (Osgood-Schlatter, Sever)	Orientação, massagem, calor local, alongamento; analgésico nas crises; reavaliar em 4–8 semanas ou antes se surgirem sinais de alerta
● Moderada	Dor unilateral ou localizada em um osso; dor persistente pela manhã ou progressiva; claudicação; rigidez matinal; edema articular; dor que acorda a criança; dor que cede de forma marcante com anti-inflamatório (osteoma osteoide); perda de peso, sudorese noturna ou febre recorrente sem foco; queixa > 2–3 meses com prejuízo funcional	Investigação ambulatorial em poucos dias: hemograma com esfregaço, VHS, PCR, desidrogenase láctica; radiografia da região dolorosa; encaminhar a reumatologia pediátrica (artrite ≥ 6 semanas), ortopedia ou onco-hematologia conforme o achado
● Grave	Palidez com petéquias, equimoses sem trauma, sangramentos ou hepatoesplenomegalia; hemograma com citopenias ou blastos; febre com dor óssea localizada ou articulação quente e edemaciada; massa óssea ou abdominal; toxemia; dor com fraqueza ou alteração neurológica (compressão medular)	Hospital no mesmo dia (onco-hematologia, ortopedia ou pediatria, conforme o caso); ver "Como encaminhar"

Fatores de risco que elevam a preocupação

- Idade < 3 anos (dor de crescimento é incomum; a AEPap considera sinal de alerta).
- Sintomas sistêmicos, perda de peso, sudorese noturna, fadiga.
- Síndromes com maior risco de neoplasia (Down, neurofibromatose, Li-Fraumeni), irradiação prévia; doença falciforme, imunodeficiência.
- História familiar de doença reumática, psoríase ou doença inflamatória intestinal.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese dirigida: localização (muscular, óssea ou articular; uni ou bilateral), horário, relação com atividade, dor pela manhã, rigidez, claudicação, edema, sintomas sistêmicos, sangramentos, impacto funcional e escolar.

Exame físico completo: estado geral, palidez, petéquias e equimoses, linfonodos, fígado e baço, massas abdominais; todas as articulações (inclusive temporomandibulares, coluna e quadris — triagem no modelo pGALS); palpação óssea ponto a ponto; marcha; escore de Beighton; exame neurológico; curva de crescimento.

Escore de Beighton (0 a 9 pontos): dorsiflexão passiva do 5º dedo > 90° (1 ponto por lado); aposição do polegar ao antebraço (1 por lado); hiperextensão do cotovelo > 10° (1 por lado); hiperextensão do joelho > 10° (1 por lado); palmas no chão com joelhos estendidos (1).

Exames

- **Dor de crescimento típica com exame normal:** nenhum exame (SBP; AEPap).
- **Qualquer sinal de alerta, dúvida ou pais muito angustiados:** hemograma com contagem de plaquetas e **esfregaço** (blastos), VHS, PCR, desidrogenase láctica e ácido úrico; radiografia da região dolorosa. A NICE recomenda **hemograma em até 48 h** para criança com dor óssea persistente ou sem explicação, palidez, fadiga, febre, infecções persistentes, linfonodomegalia generalizada ou equimoses, e **radiografia em até 48 h** para dor ou aumento de volume ósseo sem explicação (NG12).
- **Artrite:** FAN, fator reumatoide, HLA-B27 conforme o caso — com o reumatologista; o FAN não confirma AIJ.
- **Hemograma normal não exclui leucemia** quando a clínica é sugestiva: repetir, pedir desidrogenase láctica e encaminhar.
- Ressonância, cintilografia e mielograma ficam com o especialista.

4. Tratamento em casa

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Só na crise (em geral 1 dose à noite)	Máx. 75 mg/kg/dia, nunca > 4 g/dia
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Na crise; nas apofisites, por poucos dias nos períodos de dor	A partir de 6 meses; evitar em desidratação, suspeita de dengue e varicela
Dipirona	10–12 mg/kg/dose	6 h (máx. 4 doses/dia)	Só na crise	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. Analgésico diário e contínuo não é necessário na dor de crescimento; dor que exige medicação todos os dias deve ser reavaliada.

- **Dor de crescimento:** explicar a natureza benigna (reduz a ansiedade e as idas ao pronto-socorro); massagem, calor local e alongamento de panturrilhas e isquiotibiais antes de dormir; calçado confortável; não restringir atividades.
- **Hipermobilidade:** fortalecimento muscular e condicionamento (fisioterapia se dor frequente), calçado adequado; atividades físicas mantidas.
- **Osgood-Schlatter e Sever:** repouso relativo e ajuste da carga (reduzir saltos e corridas nas crises, sem afastar do esporte de forma definitiva), gelo após a atividade, alongamento de quadríceps e isquiotibiais (Osgood) ou do tríceps sural (Sever), calcanheira ou elevação do calcanhar no Sever; analgésico ou anti-inflamatório por curto período (AAFP).
- **Não usar: corticoide sistêmico** sem diagnóstico (mascara leucemia e linfoma — documentos de Oncologia desta Biblioteca); suplementos, "vitaminas para crescimento" ou cálcio sem indicação; exames de rotina na dor típica.
- **Vitamina D:** manter a profilaxia da SBP (600 UI/dia de 1 a 18 anos); investigar deficiência apenas se houver fator de risco ou sinais clínicos.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Palidez com petéquias, equimoses, sangramentos ou hepatoesplenomegalia** — a NICE orienta encaminhamento imediato diante de petéquias sem explicação ou hepatoesplenomegalia.
- Hemograma com blastos, neutropenia grave, plaquetopenia ou anemia importante.
- Febre (axilar $\geq 37,5$ °C) com dor óssea localizada, articulação quente e edemaciada ou recusa de apoio (osteomielite, artrite séptica).
- Dor lombar ou nos membros com fraqueza, alteração da marcha, da sensibilidade ou de esfíncteres (compressão medular).
- Massa óssea ou abdominal de crescimento rápido; fratura patológica.
- Dor intensa com toxemia ou prostração.

Como encaminhar

1. Contato prévio com o serviço de referência, de preferência com onco-hematologia pediátrica na suspeita de leucemia.
2. **Não administrar corticoide** antes da avaliação.
3. Analgesia; se febre com neutropenia conhecida ou suspeita, encaminhamento imediato (risco de sepse); oxigênio e acesso venoso se instável; SAMU (192) se choque ou déficit neurológico.
4. Relatório com a evolução, exame físico (fígado, baço, linfonodos, pele) e cópia do hemograma.

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

- "A dor de crescimento é comum, não causa dano e desaparece com o tempo. A massagem e o calor ajudam; o analgésico pode ser usado nas noites de dor."
- "Anote quando a dor aparece, onde dói e o que ajudou."
- "Volte antes se a dor ficar em uma perna só ou em um ponto do osso, se aparecer pela manhã, se a criança mancar, se uma articulação inchar ou se ela acordar com dor."
- "Procure atendimento no mesmo dia se houver febre com dor, palidez, manchas roxas ou pontinhos vermelhos na pele, sangramentos, barriga aumentada, perda de peso ou cansaço fora do comum."
- Retorno programado em 4–8 semanas na dor típica; em poucos dias quando exames foram solicitados.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Critérios da dor de crescimento	Bilateral, fim do dia ou noite, ausente de manhã, exame normal; diagnóstico de exclusão (SBP 2019); no site, dor que acorda = sinal de alerta	Dor ao deitar ou após o sono, ligada à atividade do dia (HealthyChildren)	Sem diretriz NG específica	Segue o NICE	3–10 anos, fim da tarde ou noite, membros inferiores, exame normal (AEPap)
Exames	Hemograma, VHS, PCR se atípico; imagem nos atípicos	—	Hemograma em 48 h na dor óssea persistente ou sem explicação; radiografia em 48 h (NG12)	Segue o NICE	Hemograma e reagentes de fase aguda só na suspeita de neoplasia ou infecção
Sinais de alerta	Unilateral, dor pela manhã, dor diurna com atividade, edema, massa, alteração neurológica	Dor intensa, edema, febre, claudicação, vermelhidão, massa	Petéquias ou hepatoesplenomegalia → imediato	Segue o NICE	≤ 3 anos, sintomas sistêmicos, piora com repouso, > 2–3 meses, prejuízo funcional
Tratamento	Massagem e analgésico	Massagem, banho morno, paracetamol ou ibuprofeno	—	Segue o NICE	Tranquilização, calor, massagem, analgésico

Leitura: há convergência total quanto ao caráter benigno da dor de crescimento, ao diagnóstico clínico sem exames na forma típica e ao tratamento com orientação, massagem, calor e analgésico nas crises. Os sinais de alerta são os mesmos em todas as referências (unilateralidade, dor localizada, claudicação, edema, sinais sistêmicos). A diferença está no horário: a SBP e a AEPap aceitam dor noturna que desperta a criança, desde que bilateral, intermitente e ausente pela manhã; neste site, por ser a dor de crescimento um diagnóstico de exclusão, **a dor que acorda a criança é tratada como sinal de alerta**, em linha com os

documentos de Oncologia desta Biblioteca. O NICE é o único a definir prazos (hemograma e radiografia em até 48 h). A AAP não tem diretriz clínica formal; suas orientações vêm do HealthyChildren e das revisões da AAFP.

PONTOS PRÁTICOS

1. Dor de crescimento é diagnóstico de exclusão: bilateral, muscular, no fim do dia ou à noite, some de manhã, não faz mancar e não acorda a criança; faltou um desses elementos, investigue.
2. Examine sempre fígado, baço, linfonodos, pele e todas as articulações.
3. Dor óssea localizada, persistente ou progressiva: hemograma com esfregaço e radiografia da região.
4. Palidez, petéquias, equimoses ou hepatoesplenomegalia: hospital no mesmo dia.
5. Nunca prescrever corticoide antes de excluir leucemia.
6. Osgood-Schlatter e Sever pedem ajuste de carga, não afastamento definitivo do esporte.

Veja também, nesta Biblioteca: Artrites na Criança e Artrite Idiopática Juvenil (Reumatologia); Diagnóstico Precoce do Câncer Infantil, Leucemia Linfoblástica Aguda e Câncer na Infância — 10 tipos mais comuns (Oncologia); Febre Reumática (Reumatologia); A criança que manca e Variações normais dos membros inferiores (Ortopedia).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Reumatologia. Isso é dor de crescimento ou algo mais sério? (documento científico), 2019. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Reumatologia. Artrite aguda em crianças e adolescentes, 2020. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics (HealthyChildren.org). Growing pains are normal most of the time, 2013. [healthychildren.org](https://www.healthychildren.org)
- Achar S, Yamanaka J. Apophysitis and osteochondrosis: common causes of pain in growing bones. American Family Physician, 2019. [aafp.org](https://www.aafp.org)
- NICE NG12 — Suspected cancer: recognition and referral (recomendações pediátricas conforme Macmillan Rapid Referral Guidelines). [Leucemia](#) · [Sarcoma ósseo](#)
- de Inocencio Arocena J. Dolor musculoesquelético en Pediatría de Atención Primaria. AEPap, 2005. [PDF](#)

- 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.