

Linfonodomegalias e linfadenites na criança

Linfonodo reacional × adenite bacteriana, doença da arranhadura do gato, micobactérias, sinais de alerta para câncer, quando pedir ultrassom, biópsia ou encaminhar, e Kawasaki como diagnóstico diferencial

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

Linfonodos palpáveis são comuns na infância e, na grande maioria, reacionais a infecções virais de vias aéreas. São considerados aumentados quando > 1 cm (cervical e axilar), > 1,5 cm (inguinal) ou > 0,5 cm (epitrocLEAR); **supraclavicular palpável é sempre anormal** (SBP 2019). Linfonodo reacional pequeno, móvel, elástico e indolor pode ser observado por 2–4 semanas. A adenite bacteriana aguda (unilateral, dolorosa, com hiperemia) é causada principalmente por *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes* e é tratada com cefalosporina de 1ª geração ou amoxicilina-clavulanato por 10–14 dias, com reavaliação em 48–72 h. **Sinais de alerta para câncer:** localização supraclavicular, > 2–3 cm, consistência dura, aderido a planos profundos, crescimento progressivo, persistência > 4–6 semanas, sintomas sistêmicos (febre prolongada, sudorese noturna, perda de peso), hepatoesplenomegalia, palidez, petéquias ou alteração do hemograma — encaminhar com urgência ao onco-hematologista e **não usar corticoide antes do diagnóstico**. Toxemia, lactente < 3 meses, abscesso, falha do antibiótico, sinais de infecção cervical profunda, desconforto respiratório ou suspeita de Kawasaki exigem pronto-socorro (●).

1. O que é e como se apresenta

- **Linfonodomegalia:** aumento de tamanho ou alteração de consistência do linfonodo; **adenite:** com sinais inflamatórios.
- **Limites de normalidade (SBP 2019; AAFP 2016):**

REGIÃO	CONSIDERAR AUMENTADO
Cervical e axilar	> 1 cm
Inguinal	> 1,5 cm
EpitrocLEAR e poplíteo	> 0,5 cm (poplíteo palpável é anormal para a AAFP)
Supraclavicular	Qualquer tamanho
Recém-nascido (cervical)	> 0,5 cm (AEP)

- **Classificação pela duração (SBP 2019):** aguda < 2 semanas; subaguda 2–6 semanas; crônica > 6 semanas.
- **Localizada × generalizada:** generalizada = duas ou mais cadeias não contíguas; sugere doença sistêmica (virose como EBV e CMV, HIV, doenças autoimunes, leucemia, linfoma).
- **Principais causas por quadro:**
 - **reacional:** viroses de vias aéreas, faringites, lesões de pele e couro cabeludo;

- **adenite bacteriana aguda:** principalmente *S. aureus* e *S. pyogenes*; causa dentária sugere anaeróbios (AEP 2023);
- **doença da arranhadura do gato** (*Bartonella henselae*): pápula no local da inoculação e, 1–3 semanas depois, linfonodo axilar, cervical ou epitroclear doloroso, que pode supurar; regride espontaneamente em 1–3 meses (AEP; Guia ABE);
- **micobactéria não tuberculosa:** 1–5 anos, linfonodo submandibular ou cervical unilateral, pouco doloroso, pele violácea e fina, sem sintomas sistêmicos, com tendência à fistulização;
- **tuberculose ganglionar:** contato com tuberculose, sintomas sistêmicos;
- **mononucleose:** cervical posterior bilateral com faringite e esplenomegalia (veja também, nesta Biblioteca: Mononucleose infecciosa);
- **malignidade:** linfoma de Hodgkin (adolescente, cervical baixo e supraclavicular, massa mediastinal), linfoma não Hodgkin, leucemia, neuroblastoma, rabdomiossarcoma.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Linfonodos < 2 cm, móveis, elásticos, pouco ou não dolorosos, em cadeias habituais, com infecção de vias aéreas ou lesão de pele na área de drenagem; bom estado geral; sem sinais de alerta	Tranquilizar; tratar a causa; medir e registrar; reavaliar em 2–4 semanas
● Moderada	Adenite bacteriana aguda em criança > 3 meses, em bom estado, sem flutuação e aceitando via oral; doença da arranhadura do gato; suspeita de micobactéria não tuberculosa; linfonodo que persiste > 4 semanas ou cresce sem sinais de alerta maiores	Antibiótico oral e reavaliação em 48–72 h (adenite); ultrassom; exames iniciais; encaminhamento eletivo ao cirurgião pediátrico ou infectologista conforme o caso
● Grave	Infeccioso: toxemia, lactente < 3 meses, febre alta em lactente, flutuação ou abscesso, falha após 48–72 h de antibiótico adequado, intolerância oral, torcicolo, trismo, disfagia, sialorreia, estridor (infecção cervical profunda), celulite extensa. Kawasaki: febre ≥ 5 dias com linfonodo ≥ 1,5 cm e outros critérios. Malignidade com risco imediato: dispneia, ortopneia, tosse ou edema facial e cervical (massa mediastinal, síndrome da veia cava superior), hepatoesplenomegalia com citopenias, sangramentos	Pronto-socorro/hospital (antibiótico parenteral, imagem, drenagem, IGIV no Kawasaki, avaliação onco-hematológica imediata)

Sinais de alerta para câncer **sem** instabilidade clínica (supraclavicular, > 2–3 cm, duro, fixo, progressivo, sintomas B) exigem **encaminhamento urgente** ao onco-hematologista: o NICE

NG12 recomenda considerar encaminhamento muito urgente (consulta em até 48 h) para avaliação especializada de linfoma em crianças e jovens com linfonodomegalia inexplicada.

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 3 meses; imunodeficiência.
- Sintomas constitucionais: febre prolongada, sudorese noturna, perda de peso > 10% (AEP 2023; AAFP 2016).
- Contato com tuberculose; exposição a gatos (especialmente filhotes).
- Uso prévio de corticoide (pode mascarar leucemia e linfoma).

3. Diagnóstico no consultório

- **Anamnese:** evolução, febre, infecções, pele, dentes, contato com gato ou tuberculose, sudorese noturna, perda de peso, prurido, dor óssea.
- **Exame:** medir o linfonodo em cm, consistência, mobilidade, dor, flutuação, pele; examinar **todas as cadeias**, fígado, baço, pele (petéquias, palidez), orofaringe e área de drenagem; procurar a pápula de inoculação.
- **Linfonodo com características benignas:** sem exames; observar 2–4 semanas (SBP 2019; AAFP 2016).
- **Ultrassonografia:** imagem inicial preferida em crianças (AAFP 2016); na adenite para afastar abscesso (AEP: sempre que disponível), na dúvida diagnóstica e no linfonodo persistente ou crescente (SBP 2019).
- **Exames iniciais quando o linfonodo persiste, cresce ou há sinais de alerta (SBP 2019):** hemograma com análise do esfregaço, LDH, ácido úrico, radiografia de tórax (massa mediastinal ou hilar) e ultrassonografia. Conforme a suspeita: sorologias (EBV, CMV, toxoplasmose, *Bartonella*, HIV), PPD ou IGRA, VHS e PCR, transaminases.
- **Sorologia para *Bartonella*** (AAFP 2011): título < 1:64 sem infecção atual; 1:64 a 1:256 possível infecção (repetir em 10–14 dias); > 1:256 sugere infecção ativa ou recente.
- **Biópsia excisional — indicações** (SBP 2019; AEP 2023):
 - linfonodo supraclavicular ou cervical baixo;
 - sintomas sistêmicos, radiografia de tórax alterada ou hepatoesplenomegalia;
 - linfonodo duro, aderido a planos profundos, > 2,5–3 cm sem sinais infecciosos, ou crescimento rápido e coalescência;
 - aumento em 2 semanas ou ausência de regressão em 4–6 semanas, apesar da investigação;
 - suspeita de micobactéria (a exérese é diagnóstica e terapêutica).

- **Técnica:** preferir a biópsia excisional do maior e mais anormal linfonodo; a punção aspirativa pode ser inconclusiva e, na micobacteriose, favorece fístula.
- **Diagnóstico diferencial que não pode passar:**
 - **doença de Kawasaki:** febre ≥ 5 dias com 4 dos 5 critérios principais — alterações de lábios e mucosa oral, **conjuntivite bilateral sem exsudato**, exantema, alterações de extremidades, **linfonodo cervical $\geq 1,5$ cm, geralmente unilateral** (AHA 2017). A forma "linfonodo primeiro" imita adenite bacteriana; no ultrassom, o Kawasaki costuma mostrar múltiplos linfonodos aumentados e, com frequência, edema retrofaríngeo, e a adenite bacteriana, um linfonodo único hipoeoico (AHA 2017). **Pensar em Kawasaki na "adenite" que não responde ao antibiótico em 48–72 h com febre alta persistente;**
 - massas não linfonodais: cisto tireoglosso, cisto branquial, higroma, parotidite;
 - abscesso retrofaríngeo ou parafaríngeo.

4. Tratamento em casa

Linfonodo reacional: não usar antibiótico; tratar a causa; orientar a família; reavaliar.

Adenite bacteriana aguda (criança > 3 meses, bom estado, sem flutuação):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Cefalexina	25–50 mg/kg/dia	6/6 h ou 8/8 h	10–14 dias	Guia ABE 2023; máximo conforme bula
Cefadroxila	30 mg/kg/dia	12/12 h	10–14 dias	Primeira escolha da AEP 2023 e da Guia ABE
Amoxicilina-clavulanato	40–50 mg/kg/dia de amoxicilina	8/8 h (formulação 4:1) ou 12/12 h (formulação 7:1)	10–14 dias	AEP: 40 mg/kg/dia em 3 doses. Preferir se houver foco dentário ou mordedura
Clindamicina	20–30 mg/kg/dia	8/8 h (ou 6/6 h)	10–14 dias	Alergia a betalactâmico ou suspeita de <i>S. aureus</i> resistente à metilina (AEP; Guia ABE)
Azitromicina (arranhadura do gato)	10 mg/kg no 1º dia (máx. 500 mg) e 5 mg/kg/dia do 2º ao 5º dia (máx. 250 mg)	1x/dia	5 dias	Esquema da AAEP e StatPearls ($\geq 45,5$ kg: 500 mg e depois 250 mg). A AEP usa 10 mg/kg/dia por 5 dias. Indicada se linfonodo volumoso e doloroso, doença sistêmica ou imunodepressão
Paracetamol ou ibuprofeno	10–15 mg/kg/dose; 5–10 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia); 6–8 h, conforme bula	Enquanto houver dor	Analgesia; paracetamol máx. 75 mg/kg/dia, nunca > 4 g/dia

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.

- **Dose de amoxicilina-clavulanato na adenite:** aqui os agentes são *S. aureus* e *S. pyogenes*, não o pneumococo; por isso a dose padrão (40–50 mg/kg/dia de amoxicilina) é adequada. A regra de 90 mg/kg/dia vale para infecções em que o pneumococo é o principal agente (otite, sinusite, pneumonia).
- **Reavaliação em 48–72 h:** espera-se menos dor, hiperemia e febre (o tamanho regride devagar). Sem melhora: ultrassom e rever o diagnóstico (Kawasaki, micobactéria, *Bartonella*).
- **Doença da arranhadura do gato:** em geral autolimitada (1–3 meses); antibiótico não é obrigatório nos leves (AAFP 2011; StatPearls).
- **Micobactéria não tuberculosa:** encaminhar ao cirurgião pediátrico; o tratamento de escolha é a **exérese completa precoce**, antes da fistulização; **evitar incisão e drenagem ou exérese parcial** (maior risco de fístula e recidiva). Tratamento clínico com macrolídeo associado, por 3–6 meses, é alternativa em casos selecionados (AEP 2023).
- **Tuberculose ganglionar:** notificação obrigatória (compulsória); encaminhar para confirmação e tratamento conforme o Ministério da Saúde.
- **Não usar:**
 - **corticoide sem diagnóstico definido** — pode mascarar leucemia e linfoma e atrasar o diagnóstico (SBP 2019; AAFP 2016);
 - antibióticos sucessivos em linfonodo indolor e persistente sem investigação;
 - incisão e drenagem no consultório de linfonodo com suspeita de micobactéria.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Critérios de internação na adenite (AEP 2023): falta de melhora após 48–72 h de tratamento correto, lactente < 3 meses, febre alta em lactente, mau estado geral, linfonodos volumosos ou flutuantes, intolerância oral e contexto social desfavorável. Acrescentam-se:

- sinais de infecção cervical profunda: torcicolo ou limitação da extensão cervical, trismo, disfagia, sialorreia, estridor, abaulamento da parede posterior da faringe;
- celulite extensa ou progressão rápida;
- suspeita de doença de Kawasaki (febre $\geq$ 5 dias com critérios, ou forma incompleta em lactente);

- dispneia, ortopneia, tosse persistente, edema de face e pescoço ou turgência jugular (massa mediastinal);
- palidez intensa, petéquias, sangramentos, hepatoesplenomegalia ou hemograma com blastos ou citopenias (suspeita de leucemia).

Como encaminhar

1. Adenite complicada: analgesia; não puncionar no consultório; jejum se houver chance de drenagem.
2. Sinais de via aérea: manter a criança sentada, na posição que ela preferir; oxigênio sem agitar a criança; acionar o SAMU (192).
3. **Suspeita de massa mediastinal: não deitar a criança** (decúbito dorsal pode precipitar obstrução de via aérea e colapso); manter sentada, oxigênio, transporte com SAMU; avisar o serviço, pois sedação e anestesia são de alto risco.
4. Suspeita de leucemia ou linfoma sem instabilidade: contato direto com centro de onco-hematologia pediátrica para consulta em até 48 h; enviar hemograma, LDH, ácido úrico e radiografia de tórax; **não iniciar corticoide**.
5. Suspeita de Kawasaki: encaminhar para hospital com ecocardiografia e imunoglobulina intravenosa (IGIV 2 g/kg, idealmente nos primeiros 10 dias de doença — AHA 2017).

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

- "Ínguas pequenas são comuns em crianças e costumam aparecer com resfriados e dor de garganta; podem levar semanas para diminuir."
- "Vamos medir e reavaliar em 2 a 4 semanas. Se crescer rapidamente, ficar duro e sem dor, ou não diminuir, volte antes."
- Adenite em tratamento: "Espere melhora da dor e da vermelhidão em 2 a 3 dias; se não melhorar, volte."
- **Procure o pronto-socorro se:** febre alta que não cede, criança muito abatida; gânglio que amolece, fica muito vermelho ou cresce rápido; dificuldade para abrir a boca, engolir ou mexer o pescoço; respiração ruidosa ou falta de ar, principalmente ao deitar; inchaço do rosto; manchas roxas, sangramentos ou palidez; febre há 5 dias ou mais com olhos vermelhos, lábios rachados, manchas no corpo ou inchaço de mãos e pés.
- Relatar no retorno: suor noturno, perda de peso, cansaço, dor nos ossos ou gânglio acima da clavícula.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Limites de tamanho	> 1 cm cervical/axilar; > 1,5 cm inguinal; > 0,5 cm epitroclear; supraclavicular sempre anormal	> 1 cm; supraclavicular, poplíteo e ilíaco palpáveis anormais; epitroclear > 0,5 cm (AAFP 2016)	—	Segue o NICE	> 1 cm (> 0,5 cm no recém-nascido)
Observação	Mínimo 2 semanas; 4 semanas como ponto de corte para biópsia	4 semanas se localizada e sem fatores de risco (AAFP 2016)	Linfonodomegalia inexplicada: considerar encaminhamento muito urgente (48 h)	Segue o NICE	Biópsia se cresce em 2 semanas ou não regride em 4–6 semanas
Adenite bacteriana	—	Antibiótico empírico para <i>S. aureus</i> e estreptococo (AAFP 2016)	—	Segue o NICE	Cefadroxila 30 mg/kg/dia ou amoxicilina-clavulanato 40 mg/kg/dia, 10–14 dias
Arranhadura do gato	—	Azitromicina 10 mg/kg no 1º dia e 5 mg/kg do 2º ao 5º (AAFP 2011)	—	Segue o NICE	Azitromicina 10 mg/kg/dia por 5 dias, se sintomas sistêmicos ou imunodepressão
Exames e biópsia	Hemograma, LDH, ácido úrico, radiografia de tórax, ultrassom; biópsia excisional	Ultrassom inicial; biópsia do linfonodo mais suspeito	—	Segue o NICE	Ultrassom sempre que disponível
Corticoide	Não usar antes do diagnóstico	Não usar sem diagnóstico	—	Segue o NICE	—

Leitura: há convergência quanto aos limites de tamanho, à observação inicial de 2–4 semanas nos linfonodos com características benignas, aos sinais de alerta para malignidade (supraclavicular, duro, fixo, > 2–3 cm, sintomas sistêmicos, persistência > 4–6 semanas) e à proibição de corticoide antes do diagnóstico. O NICE é o mais agressivo no encaminhamento

(até 48 h). Na adenite bacteriana, a AEP prefere cefadroxila e usa amoxicilina-clavulanato em dose padrão, adequada porque o pneumococo não é o agente principal. Na doença da arranhadura do gato, a dose de azitromicina difere (esquema de 10 + 5 mg/kg nas fontes americanas; 10 mg/kg/dia por 5 dias na AEP).

PONTOS PRÁTICOS

1. Meça e registre o linfonodo em centímetros; examine todas as cadeias, o fígado e o baço.
2. Linfonodo supraclavicular palpável é anormal em qualquer tamanho.
3. Adenite bacteriana: cefalosporina de 1ª geração ou amoxicilina-clavulanato (40–50 mg/kg/dia) por 10–14 dias, com reavaliação em 48–72 h.
4. "Adenite" com febre alta que não responde ao antibiótico: pensar em Kawasaki e abscesso.
5. Linfonodo violáceo e pouco doloroso em pré-escolar: micobactéria — encaminhar ao cirurgião, sem incisão e drenagem.
6. Nunca prescrever corticoide em linfonodomegalia sem diagnóstico; sinais de alerta pedem hemograma, LDH, radiografia de tórax e onco-hematologista em até 48 h.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Oncologia. Linfonodomegalia periférica na criança e no adolescente: quando pensar em câncer, 2019. [PDF](#)
- Gaddey HL, Riegel AM. Unexplained Lymphadenopathy: Evaluation and Differential Diagnosis. American Family Physician, 2016. [aafp.org](#)
- Cat-scratch Disease. American Family Physician, 2011. [aafp.org](#)
- Cat Scratch Disease. StatPearls (NCBI Bookshelf). [ncbi.nlm.nih.gov](#)
- McCrindle BW et al. Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals from the American Heart Association. Circulation, 2017. [ahajournals.org](#)
- NICE. NG12 — Suspected cancer: recognition and referral. [nice.org.uk](#) (recomendações pediátricas consultadas via [Primary Care Notebook](#))
- AEP / SEIP. Protocolos de Infectología — Adenitis cervical superficial y abscesos cervicales profundos (Del Rosal Rabes T, Fernández Cooke E, Muñoz Ramos A), 2023. [PDF](#)

- Martínez Chamorro MJ, Lupiani Castellanos P. Adenitis/Adenopatías cervicales. Guía ABE, 2023. [PDF](#)

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.