

Mononucleose infecciosa (vírus Epstein-Barr)

Diagnóstico clínico e laboratorial, limites do teste heterófilo em menores de 4 anos, exantema por amoxicilina, baço e esporte, corticoide só nas complicações e critérios de encaminhamento

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 mononucleose infecciosa (MI) é a infecção primária sintomática pelo vírus Epstein-Barr (EBV). Em lactentes e pré-escolares costuma ser leve ou inaparente; em adolescentes, a tríade febre, faringite exsudativa e linfonodomegalia cervical posterior, com fadiga e esplenomegalia, é típica. O diagnóstico é clínico, apoiado por hemograma (linfocitose com linfócitos atípicos) e por sorologia. O teste heterófilo (Monoteste, Paul-Bunnell) é pouco sensível abaixo de 4 anos e pode ser negativo na primeira semana; nesses casos, pedir sorologia específica (anti-VCA IgM e IgG, anti-EBNA). O tratamento é de suporte: hidratação, analgésico e antitérmico, repouso relativo. Antibiótico só se houver infecção bacteriana comprovada, e amoxicilina/ampicilina devem ser evitadas pelo exantema. Corticoide **não** é indicado na MI não complicada; fica reservado à obstrução de via aérea e a complicações graves. Esportes de contato e atividade física intensa ficam suspensos por **pelo menos 3–4 semanas** do início dos sintomas, pelo risco de ruptura esplênica. A maioria é /. Estridor, sialorreia, incapacidade de deglutir, dor abdominal no hipocôndrio esquerdo, icterícia, sangramentos, palidez intensa ou toxemia exigem pronto-socorro ().

1. O que é e como se apresenta

- **Agente:** vírus Epstein-Barr (herpesvírus humano 4), transmitido pela saliva. A excreção salivar pode durar meses (NHS).
- **Faixa etária:** a infecção na primeira infância é geralmente assintomática ou inespecífica; a forma clássica predomina entre 15 e 24 anos (AAFP 2023).
- **Quadro clínico típico:**
 - febre, faringoamigdalite (exsudato em cerca de metade dos casos), petéquias no palato;
 - linfonodomegalia cervical, sobretudo **posterior**, frequentemente bilateral e simétrica; pode ser generalizada;
 - fadiga e mal-estar marcantes, que podem durar semanas;
 - esplenomegalia (frequente, nem sempre palpável) e hepatomegalia;
 - edema palpebral; exantema espontâneo em menos de 5% (AAFP 2023).
- **Evolução:** a maioria melhora em 2–4 semanas (NHS); a fadiga pode persistir por mais tempo.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Febre, dor de garganta, linfonodomegalia, fadiga; deglute e se hidrata bem; sem dispneia; sem dor abdominal; sem icterícia ou sangramento	Suporte em casa; afastar de esportes de contato; retorno em 7–10 dias ou antes se piorar
● Moderada	Odinofagia importante com ingestão oral reduzida, mas ainda aceitando líquidos; hipertrofia amigdaliana acentuada sem sinais de obstrução; febre alta prolongada (> 7–10 dias); transaminases elevadas sem icterícia; plaquetopenia leve sem sangramento	Reavaliação em 24–48 h; hemograma e transaminases; considerar observação no PS se a hidratação oral for limítrofe
● Grave	Estridor, roncos com pausas, sialorreia, posição de tripé, incapacidade de deglutir saliva ou líquidos (obstrução de via aérea); desidratação; dor abdominal no hipocôndrio esquerdo ou dor referida no ombro esquerdo, palidez, taquicardia ou hipotensão (ruptura esplênica); icterícia ou sinais de insuficiência hepática; petéquias difusas, sangramento, palidez intensa (plaquetopenia grave, anemia hemolítica); febre persistente com citopenias e hepatoesplenomegalia (suspeita de síndrome hemofagocítica); sinais neurológicos; toxemia	Encaminhar ao pronto-socorro/hospital; na suspeita de ruptura esplênica ou obstrução de via aérea, acionar o SAMU (192)

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Crianças pequenas: a obstrução de via aérea por hipertrofia amigdaliana é mais comum nelas (Pediatria Integral; AAFP 2023).
- Imunodeficiência congênita ou adquirida, transplantados, uso de imunossupressores (risco de doença grave e linfoproliferação).
- Esplenomegalia volumosa; prática de esportes de contato ou colisão.
- Doença hepática ou hematológica prévia.

3. Diagnóstico no consultório

- **Clínico, confirmado por laboratório quando muda a conduta.** A linfonodomegalia cervical posterior tem o maior valor preditivo entre os achados clínicos (AAFP 2023).
- **Hemograma:** linfocitose (> 50% de linfócitos) com **linfócitos atípicos > 10%** reforça o diagnóstico; quanto maior a proporção de atípicos, maior a probabilidade (> 10%: RV+ 9; > 20%: RV+ 28; > 40%: RV+ 50 — AAFP 2023). Plaquetopenia leve em 25–50% (AEPap 2014). **Blastos, citopenias em mais de uma linhagem ou anemia importante sugerem leucemia** — não rotular como MI.

- **Transaminases:** elevadas em grande parte dos casos (AEPap cita 95%; AAFP, 58–100% em ambulatório); icterícia é rara.
- **Teste heterófilo (Monoteste, Paul-Bunnell):** sensibilidade de 87% e especificidade de 91% (AAFP 2023), com **falsos negativos em até 25% na primeira semana** (dado de adultos) e alta taxa de falso negativo em menores de 5 anos (AAFP 2023). Positividade por idade (AEPap 2014): **< 2 anos, 10–30%; 2–4 anos, cerca de 50%; > 4 anos, 85–90%.**
- **Sorologia específica** (preferir em < 4 anos, heterófilo negativo ou quadro atípico): o anti-VCA IgM surge cedo e desaparece em 4–6 semanas; o anti-VCA IgG persiste por toda a vida; o anti-EBNA surge 2–4 meses após o início e também persiste (CDC). Interpretação no quadro abaixo.
- **Ultrassonografia de abdome:** não é rotina; indicada se houver dor abdominal, esplenomegalia dolorosa ou suspeita de complicação.
- **Teste para estreptococo:** colher se houver dúvida clínica; a coinfeção existe, mas o exsudato amigdaliano da MI não indica antibiótico por si só. Veja também, nesta Biblioteca: Faringoamigdalite (viral × estreptocócica).

SOROLOGIA (PADRÃO)	INTERPRETAÇÃO (CDC)
Anti-VCA IgM positivo, anti-EBNA negativo	Infecção primária (aguda ou recente)
Anti-VCA IgG e anti-EBNA positivos, IgM negativo	Infecção passada
Anti-VCA negativo	Suscetível — considerar outro diagnóstico ou repetir se a coleta foi muito precoce

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- **Leucemia e linfoma:** linfonodomegalia generalizada, hepatoesplenomegalia, palidez, petéquias, dor óssea, citopenias. Veja também, nesta Biblioteca: Linfonodomegalias.
- Faringite estreptocócica, abscesso periamigdaliano ou retrofaríngeo, epigloteite.
- Síndrome "mononucleose-like" por citomegalovírus, toxoplasmose, HIV agudo, adenovírus (heterófilo negativo).
- Doença de Kawasaki (lactente e pré-escolar febril com linfonodo cervical, conjuntivite não exsudativa e alterações de mucosa).

4. Tratamento em casa

O tratamento é de **suporte**; não há antiviral indicado na MI não complicada (AAFP 2023).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor ou febre	Máx. 75 mg/kg/dia, nunca > 4 g/dia; sem exceder a dose se houver hepatite (AAFP 2023)
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h, conforme bula	Enquanto houver dor ou febre	A partir de 6 meses; evitar se houver plaquetopenia ou sangramento
Prednisona ou prednisolona (somente complicações)	1 mg/kg/dia (máx. 60 mg/dia)	1x/dia	Curso curto, até 2 semanas, conforme a complicação	Via aérea, hemólise, plaquetopenia grave, acometimento neurológico ou miocárdico (fontes espanholas); em geral conduta hospitalar
Penicilina G benzatina (se estreptococo confirmado)	< 20 kg: 600.000 UI; ≥ 20 kg: 1.200.000 UI	IM, dose única	—	Evita a amoxicilina durante a MI. Alternativa: macrolídeo (Pediatria Integral)

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.

- **Suporte:** hidratação, alimentos frios e pastosos, repouso relativo (não absoluto), gargarejos com água e sal nos maiores (AAP).
- **Corticoide — conduta adotada: somente para obstrução de via aérea e complicações.** Não há evidência suficiente para corticoide na MI não complicada (AAFP 2023); a AAP o reserva para complicações como amígdalas que obstruem a via aérea. Sem diagnóstico firmado, pode mascarar leucemia ou linfoma.
- **Não usar:**
 - **amoxicilina ou ampicilina:** provocam exantema maculopapular em grande proporção dos pacientes com MI (AAFP 2023 cita 90–100% com uso nos 10 dias anteriores; Pediatria Integral, 90% com ampicilina). O exantema não significa, necessariamente, alergia verdadeira — registrar o contexto antes de rotular a criança como alérgica;
 - antibiótico "para o exsudato" sem estreptococo comprovado;
 - aciclovir ou outros antivirais em imunocompetentes;
 - ácido acetilsalicílico.
- **Retorno ao esporte e à atividade física:**

- suspender esportes de contato ou colisão, levantamento de peso e atividade física intensa por **pelo menos 3 semanas do início dos sintomas** (AAFP 2023; Pediatria Integral); o NHS Borders orienta 1 mês. 73,8% das rupturas ocorrem até o 21º dia e 90% até o 31º (AAFP 2023);
- **conduta prática: liberar esportes de contato apenas após 3–4 semanas**, com a criança afebril, bem clinicamente e sem esplenomegalia palpável; retorno gradual, começando por atividade leve sem contato (AAFP 2023);
- a palpação do baço é pouco sensível; o ultrassom não é exigido de rotina para liberar.
- **Escola:** não há período de afastamento obrigatório; a criança pode voltar quando se sentir bem (NHS). Orientar a não compartilhar copos, talheres e escovas e a evitar beijos durante a doença.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Obstrução de via aérea:** estridor, roncos intensos com apneias, sialorreia, voz abafada com trismo, incapacidade de deglutir saliva, desconforto respiratório.
- **Desidratação** ou incapacidade de ingerir líquidos apesar da analgesia (NHS Borders).
- **Suspeita de ruptura esplênica:** dor abdominal súbita no hipocôndrio esquerdo, dor no ombro esquerdo (sinal de Kehr), palidez, taquicardia, hipotensão, síncope — mesmo sem trauma (80–86% das rupturas são espontâneas — AAFP 2023).
- **Hepatite grave:** icterícia, vômitos persistentes, alteração do estado mental, sangramentos (coagulopatia).
- **Complicações hematológicas:** petéquias difusas, sangramento mucoso, plaquetas < 20.000/mm³, palidez intensa com icterícia (anemia hemolítica), neutropenia grave.
- **Suspeita de síndrome hemofagocítica (HLH):** febre persistente, citopenias progressivas, hepatoesplenomegalia, piora do estado geral.
- **Sinais neurológicos:** convulsão, alteração de consciência, ataxia, paralisia facial, fraqueza ascendente (encefalite, Guillain-Barré — CDC).
- Dor torácica, arritmia ou sinais de insuficiência cardíaca (miocardite).
- Abscesso periamigdaliano (trismo, abaulamento do palato, desvio da úvula).

Como encaminhar

1. **Obstrução de via aérea:** criança sentada, no colo do responsável; não usar abaixador de língua; oxigênio sem agitá-la; SAMU (192). O corticoide é iniciado no serviço de emergência.
2. **Suspeita de ruptura esplênica:** decúbito dorsal, jejum, oxigênio, acesso venoso calibroso se disponível, SAMU (192); não palpar o abdome repetidamente.

3. **Desidratação:** iniciar hidratação oral fracionada e analgesia antes da saída, se a criança aceitar.
4. Contatar o serviço de destino e enviar relatório com início dos sintomas, hemograma, transaminases, sorologias e medicamentos usados (inclusive se recebeu amoxicilina).

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

- "É uma infecção viral; antibiótico não ajuda e a amoxicilina pode causar manchas na pele. O cansaço pode durar semanas. Ofereça líquidos com frequência e o analgésico nos horários combinados."
- "Nada de futebol, lutas, basquete, trampolim ou brincadeiras brutas por pelo menos 3 a 4 semanas, até a liberação no retorno."
- Retorno programado em 7–10 dias e antes da liberação esportiva.
- **Ir ao pronto-socorro se:** respiração ruidosa ou difícil, baba, não consegue engolir nem água; dor forte na barriga, principalmente do lado esquerdo, ou dor no ombro esquerdo; palidez, tontura ou desmaio; olhos ou pele amarelos; manchas roxas ou sangramentos; sonolência excessiva, confusão ou convulsão; menos xixi e boca seca.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Diagnóstico	Hemograma, heterófilo e sorologia anti-EBV (Jornal de Pediatria, 1999)	Hemograma e anticorpos contra EBV; heterófilo frequentemente negativo em crianças (CDC)	Hemograma, Monospot e provas hepáticas (serviço NHS)	Segue o NICE	Heterófilo positivo em 10–30% < 2 anos e ~50% 2–4 anos; sorologia VCA/EBNA (AEPap)
Antibiótico	—	Não tratar com antibacterianos	"Antibióticos não funcionam"; evitar amoxicilina (NHS)	Segue o NICE	Evitar aminopenicilinas; macrolídeo se necessário
Corticoide	—	Só em complicações, como amígdalas obstruindo a via aérea	Não abordado para crianças; protocolo escocês usa dose única em adulto	Segue o NICE	Só em complicações graves, 1 mg/kg/dia, curso curto
Esporte	—	Até regredir a esplenomegalia; ≥ 3 semanas, retorno gradual (AAFP)	Evitar esporte de contato por 1 mês (NHS Borders)	Segue o NICE	≥ 3 semanas e até normalizar a esplenomegalia
Internação	—	Complicações	Não consegue ingerir líquidos, dificuldade respiratória, dor abdominal intensa	Segue o NICE	Via aérea, hepática, hematológica, neurológica, HLH, plaquetas < 20.000

Leitura: há ampla convergência de que a MI é tratada com suporte, sem antibiótico nem antiviral, e de que o corticoide não deve ser usado nos casos não complicados. Todas as fontes alertam para o exantema por amoxicilina e para o risco de ruptura esplênica. A divergência está no prazo para o esporte (3 semanas como mínimo na AAFP e na Espanha; 1 mês em protocolo do NHS; "até regredir o baço" na AAP), o que justifica a conduta prática de 3–4 semanas com reavaliação. As fontes espanholas são as mais explícitas sobre a baixa sensibilidade do teste heterófilo em menores de 4 anos. Não localizamos documento científico recente da SBP ou do Ministério da Saúde específico sobre MI; o NICE não tem diretriz própria (usamos material do NHS).

PONTOS PRÁTICOS

1. Abaixo de 4 anos, Monoteste negativo não exclui MI: pedir anti-VCA IgM/IgG e anti-EBNA.
2. Hemograma com blastos ou citopenias não é MI até prova em contrário — pensar em leucemia antes de qualquer corticoide.
3. Não prescrever amoxicilina a adolescente com faringite exsudativa e linfonodos cervicais posteriores sem considerar MI.
4. Corticoide apenas para obstrução de via aérea e complicações graves, nunca "para a garganta".
5. Esportes de contato suspensos por pelo menos 3–4 semanas; dor no hipocôndrio ou no ombro esquerdo é emergência.
6. Estridor, sialorreia ou recusa de líquidos: pronto-socorro, com a criança sentada e sem manipular a orofaringe.

8. Fontes

- Infectious Mononucleosis: Rapid Evidence Review. American Family Physician, 2023. [aafp.org](https://www.aafp.org)
- American Academy of Pediatrics (HealthyChildren.org). Mononucleosis. [healthychildren.org](https://www.healthychildren.org)
- Centers for Disease Control and Prevention. Laboratory Testing for Epstein-Barr Virus (EBV). [cdc.gov](https://www.cdc.gov)
- Centers for Disease Control and Prevention. Clinical Overview of Epstein-Barr Virus. [cdc.gov](https://www.cdc.gov)
- NHS. Glandular fever. [nhs.uk](https://www.nhs.uk)
- NHS Borders (Right Decisions, NHS Scotland). Glandular fever. rightdecisions.scot.nhs.uk
- AEPap (Grupo de Patología Infecciosa). Diagnóstico de la infección por virus de Epstein-Barr en la edad pediátrica, 2014. [PDF](#)
- Martín Ruano J, Lázaro Ramos J. Mononucleosis infecciosa en la infancia. Pediatría Integral (SEPEAP), 2014. [PDF](#)
- Hospital Universitario Virgen del Rocío. Manual clínico de urgencias de pediatría — Mononucleosis infecciosa, 2022. manualclinico.hospitaluvrocio.es
- Falleiros-Carvalho LH. Mononucleose infecciosa. Jornal de Pediatria, 1999. [jped.com.br](https://www.jped.com.br)

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.