

Urticária aguda

Gatilhos mais comuns na criança, anti-histamínicos de segunda geração por idade, quando usar corticoide, anafilaxia e angioedema como sinais de alarme e quando encaminhar a urticária crônica

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

Urticária aguda é o surgimento de urticas (pápulas e placas eritematoedematosas, pruriginosas, fugazes, cada lesão com menos de 24 h), com ou sem angioedema, por até 6 semanas. Na criança, a causa mais frequente é a infecção, sobretudo viral (cerca de 47–48% dos casos); medicamentos (betalactâmicos, anti-inflamatórios) e alimentos respondem por uma parte menor. Não se pedem exames de rotina (SBP 2023, EAACI/GA²LEN 2022). O tratamento é o anti-histamínico H1 de segunda geração em dose de bula, mantido enquanto houver lesões; anti-histamínicos de primeira geração não são recomendados. Corticoide oral é reservado a quadros extensos e muito sintomáticos, por curto período. A maioria das crianças é tratada em casa (●/●). A primeira pergunta em toda urticária é: **há anafilaxia?** Urticária ou angioedema com comprometimento respiratório (estridor, disfonia, sibilância, dispneia), cardiovascular (hipotensão, síncope, hipotonia) ou gastrointestinal persistente exige **adrenalina IM 0,01 mg/kg (máx. 0,3 mg na criança; 0,5 mg no adolescente)** imediatamente, no consultório, e transferência ao pronto-socorro (●). Lesões que duram mais de 6 semanas definem urticária crônica e justificam investigação dirigida e acompanhamento com alergista.

1. O que é e como se apresenta

- **Definição:** urticas (edema da derme superficial) com prurido, de forma e tamanho variáveis, que migram e desaparecem sem deixar marca em menos de 24 h; **angioedema** é o edema da derme profunda e do subcutâneo (pálpebras, lábios, mãos, pés, genitais), menos pruriginoso, às vezes doloroso, que pode durar até 72 h (SBP 2023).
- **Classificação temporal (EAACI/GA²LEN 2022, SBP 2023):** aguda ≤ 6 semanas; crônica > 6 semanas, espontânea ou induzível (dermografismo, frio, colinérgica, pressão, calor, solar, aquagênica).
- **Gatilhos na criança:**
 - Infecções — a causa mais frequente (virais, bacterianas e parasitárias). Urticária que surge durante o uso de antibiótico é, muitas vezes, efeito da própria infecção, e não alergia ao antibiótico; evitar rotular a criança como alérgica sem avaliação.
 - Medicamentos — betalactâmicos, anti-inflamatórios não esteroides.
 - Alimentos — leite, ovo, amendoim, castanhas, peixes e frutos do mar, em geral com início em minutos a 2 h após a ingestão e frequentemente com outros sintomas de reação IgE mediada.
 - Picadas de insetos, látex, contato, vacinas (raramente); muitos casos ficam sem causa definida (idiopáticos).

- **Faixa etária:** qualquer idade; comum em pré-escolares com infecções de repetição.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Urticas localizadas ou disseminadas, prurido tolerável, sem angioedema de face e sem sintomas sistêmicos, bom estado geral	Anti-histamínico de segunda geração em dose de bula; afastar gatilho provável; retorno se persistir > 1–2 semanas ou se piorar
● Moderada	Urticária extensa e muito pruriginosa, que prejudica sono e atividades; angioedema de lábios, pálpebras ou extremidades sem sinais respiratórios; recorrência em poucos dias; febre, artralgia ou lesões fixas (suspeita de diagnóstico diferencial)	Anti-histamínico em dose regular; considerar curso curto de corticoide oral; observar no consultório 1–2 h se o início foi recente; reavaliar em 24–48 h
● Grave	Anafilaxia: urticária/angioedema com estridor, rouquidão, dificuldade para engolir, sibilância, dispneia, SpO ₂ < 94%, hipotensão, palidez, hipotonia, síncope, vômitos repetidos ou dor abdominal intensa após exposição a alérgeno provável; angioedema de língua, úvula ou laringe; urticária com púrpura, febre alta e mau estado geral	Adrenalina IM imediata , posição adequada, oxigênio, acionar SAMU (192) e transferir ao pronto-socorro

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Anafilaxia prévia ou alergia alimentar conhecida (amendoim, castanhas, leite, peixes e frutos do mar).
- Asma, sobretudo mal controlada (maior risco de anafilaxia fatal).
- Adolescência (comportamento de risco, demora em usar a adrenalina) e exercício associado à ingestão.
- Reação após picada de himenópteros ou medicamento injetável.
- Angioedema recorrente **sem** urticas (pensar em angioedema hereditário ou por inibidor da ECA: anti-histamínico e corticoide não funcionam).
- Idade < 6 meses (menos opções licenciadas e diagnóstico diferencial mais amplo).

3. Diagnóstico no consultório

- **O diagnóstico é clínico.** Pergunte: tempo de cada lesão, alimentos, medicamentos e infecções nas 24–72 h anteriores, picadas, exercício, contato. Fotos feitas pela família ajudam.

- **Exames:** "Na urticária aguda, não é recomendado qualquer procedimento diagnóstico de rotina" (SBP 2023; mesma posição do consenso EAACI/GA²LEN 2022). Testes alérgicos (IgE específica, testes cutâneos) só com suspeita clínica de alergia alimentar, a medicamento ou a veneno de insetos, em geral pelo alergista.
- **Descartar anafilaxia** em todos os casos: examinar voz, respiração, ausculta, SpO₂, pulso, perfusão e pressão arterial.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

QUADRO	PISTAS CLÍNICAS	IMPLICAÇÃO
Urticária multiforme (urticária aguda anular)	Placas anulares/policíclicas com centro violáceo ou equimótico, cada lesão < 24 h; edema de mãos e pés; dermatografismo; febre leve nos dias anteriores; após infecção viral ou antibiótico; sem lesão de mucosa	Forma de urticária aguda: responde a anti-histamínico; bom prognóstico
Eritema multiforme	Lesões em alvo típico (três zonas), fixas por vários dias, predomínio acral; pouco prurido; pode ter lesão de mucosa oral; associado a herpes simples ou <i>Mycoplasma pneumoniae</i>	Não é urticária; anti-histamínico não altera a evolução. Mucosa extensa, bolhas ou descolamento: pensar em SSJ/NET (●)
Reação semelhante à doença do soro	1–3 semanas após o início de medicamento (clássico: cefaclor; também amoxicilina), placas urticariformes/equimóticas, febre e artralgia/artrite (mãos e pés), edema; sem mucosa	Suspender o fármaco; anti-histamínico e, se intenso, corticoide oral; registrar a reação
Vasculite urticariforme	Lesões > 24–48 h, dolorosas ou com ardor, deixam púrpura ou hiperpigmentação	Encaminhar para biópsia e investigação
Angioedema hereditário	Angioedema recorrente sem urticas nem prurido, dor abdominal recorrente, história familiar	Encaminhar ao alergista; não responde a anti-histamínico/corticoide
Picadas de insetos (estrófulo), mastocitose, exantema viral, doença de Kawasaki (febre ≥ 5 dias)	Lesões fixas, distribuição típica, sinal de Darier, febre prolongada	Conduta própria

4. Tratamento em casa

Anti-histamínico H1 de segunda geração é a primeira linha (EAACI/GA²LEN 2022; SBP 2023). Usar em horário regular (não "se necessário") enquanto houver lesões e por alguns dias após o controle. Na urticária aguda, a dose padrão de bula costuma bastar; o aumento até **4**

vezes a dose padrão é recomendação do consenso EAACI/GA²LEN 2022 para a **urticária crônica** sem resposta à dose padrão (a SBP 2023 também admite), fora da bula em crianças e de preferência com orientação do alergista.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Cetirizina (1 mg/mL)	2–6 anos: 2,5 mg; 6–12 anos: 5 mg; ≥ 12 anos: 10 mg	2–12 anos: 12/12 h; ≥ 12 anos: 1x/dia	Enquanto houver lesões	Bula no Brasil a partir de 2 anos; pode causar sonolência leve
Loratadina (1 mg/mL)	2–12 anos < 30 kg: 5 mg; ≥ 30 kg ou ≥ 12 anos: 10 mg	1x/dia	Idem	Bula a partir de 2 anos
Desloratadina (0,5 mg/mL)	6–11 meses: 1 mg (2 mL); 1–5 anos: 1,25 mg (2,5 mL); 6–11 anos: 2,5 mg (5 mL); ≥ 12 anos: 5 mg	1x/dia	Idem	Bula a partir de 6 meses; independe da alimentação
Fexofenadina (6 mg/mL)	6 meses–2 anos: 15 mg (2,5 mL); 2–11 anos: 30 mg (5 mL); ≥ 12 anos: dose de adulto conforme bula	12/12 h (até 11 anos)	Idem	Bula para urticária a partir de 6 meses
Bilastina (2,5 mg/mL)	6–11 anos com ≥ 20 kg: 10 mg (4 mL); ≥ 12 anos: 20 mg	1x/dia	Idem	Tomar 1 h antes ou 2 h depois de alimentos ou sucos
Prednisolona ou prednisona	1 mg/kg/dia (máx. 40 mg/dia)	1x/dia, pela manhã	3 a 5 dias (a SBP admite 3 a 10 dias)	Só na urticária extensa e muito sintomática ou com angioedema importante; nunca de uso prolongado
Adrenalina 1 mg/mL IM (vasto lateral da coxa)	0,01 mg/kg (máx. 0,3 mg na criança; 0,5 mg no adolescente); autoinjeter 0,15 mg < 30 kg, 0,3 mg ≥ 30 kg	Repetir a cada 5–15 min se necessário	Dose de emergência	Anafilaxia: não substituir por anti-histamínico ou corticoide

- **Não usar:** anti-histamínicos sedativos de primeira geração (hidroxizina, dexclorfeniramina, prometazina), exceto por problema social (prurido noturno que impede o sono da família), por curto período e fora da faixa de contraindicação — sedação, piora do sono REM e do aprendizado escolar, efeitos anticolinérgicos (SBP 2023; EAACI/GA²LEN 2022 recomenda contra o uso como primeira linha). Prometazina é contraindicada abaixo de 2 anos. Corticoide tópico e loções anti-histamínicas não têm papel.
- **Anti-H2, antileucotrienos e dieta de exclusão empírica** não fazem parte do tratamento inicial da urticária aguda.

- **Medidas gerais:** suspender o medicamento suspeito (e registrar a reação no prontuário); evitar anti-inflamatórios não esteroides durante o quadro (podem agravar urticas); roupas leves, banhos mornos, compressas frias; tratar a infecção de base quando indicado.
- **Rótulo de alergia a antibiótico:** urticária tardia (dias após início) durante infecção viral raramente é alergia verdadeira. Registrar como "reação a esclarecer" e encaminhar ao alergista quando houver necessidade futura do fármaco; não rotular a criança como alérgica à penicilina sem avaliação.
- **Urticária crônica (> 6 semanas):** escalonamento do consenso EAACI/GA²LEN 2022 — anti-H1 de segunda geração em dose padrão; se não controlar em 2–4 semanas, aumentar até 4 vezes; se ainda não controlar, omalizumabe (licenciado a partir de 12 anos; SBP 2023: 300 mg a cada 4 semanas); ciclosporina como última opção. A SBP recomenda encaminhar ao especialista após 2–4 semanas sem controle com dose alta. Investigação laboratorial mínima e dirigida (hemograma, VHS/PCR; outros conforme a história).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Anafilaxia** (critérios da tabela), mesmo que tenha melhorado após a adrenalina — observação hospitalar é necessária pelo risco de reação bifásica.
- Angioedema de língua, úvula, orofaringe ou laringe (disfonia, estridor, sialorreia, dificuldade para engolir).
- Urticária com febre alta, púrpura, mau estado geral ou lesões bolhosas/mucosas (vasculite, doença do soro grave, SSJ/NET, meningococemia no diagnóstico diferencial de lesões purpúricas).
- Falta de resposta ao tratamento com sofrimento importante, desidratação ou impossibilidade de via oral.

Como encaminhar (anafilaxia)

1. **Adrenalina 1 mg/mL IM no vasto lateral da coxa, 0,01 mg/kg (máx. 0,3 mg na criança; 0,5 mg no adolescente)**, sem demora; repetir em 5–15 min se não houver melhora. Se houver autoinjeter: 0,15 mg abaixo de 30 kg; 0,3 mg a partir de 30 kg.
2. Posição: deitada com membros inferiores elevados se hipotensa; sentada se houver desconforto respiratório; lateral se vomitando. Não colocar a criança em pé.
3. Oxigênio por máscara; broncodilatador inalatório se houver sibilância (adjuvante, não substitui a adrenalina).
4. Acesso venoso e expansão com cristalóide se hipotensão, quando possível, sem atrasar o transporte.
5. Anti-histamínico e corticoide são adjuvantes, apenas após a adrenalina.

6. Acionar SAMU (192) e contatar o serviço de destino; relatório com horário da exposição, doses e horários da adrenalina.

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

- "As placas aparecem e somem em horas, mudando de lugar. Isso é esperado e pode durar alguns dias até poucas semanas, principalmente depois de viroses."
- "Dê o antialérgico todos os dias, no horário, e não só quando coçar."
- "Não use anti-inflamatório (ibuprofeno, diclofenaco etc.) enquanto houver placas; para febre ou dor, use paracetamol ou dipirona."
- "Anote e fotografe: o que a criança comeu, tomou ou fez antes das placas."
- Retornar se as lesões persistirem por mais de 1–2 semanas sem controle, se cada lesão durar mais de 24 h, deixar mancha roxa, doer, ou vier com febre e dor nas juntas.
- **Ir imediatamente ao pronto-socorro (ou chamar o SAMU 192) se:** inchaço de língua ou garganta, voz rouca, chiado, falta de ar, dificuldade para engolir, vômitos repetidos, palidez, moleza intensa ou desmaio. Se a criança tiver autoinjeter de adrenalina, usar primeiro e depois procurar o serviço.
- Placas que continuam aparecendo por mais de 6 semanas: agendar consulta para avaliação de urticária crônica.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Definição	Aguda < 6 semanas (SBP 2023)	Sem diretriz própria	Sem guideline NG; orientação pública do NHS	Segue o NICE	Aguda < 6 semanas; infecções virais em 47% (Pediatria Integral, SEPEAP)
Exames	Nenhum de rotina	—	—	Segue o NICE	Não rotineiros, salvo suspeita de alergia
1ª linha	Anti-H1 de 2ª geração; 1ª geração não indicada	—	Anti-histamínico (NHS)	Segue o NICE	Anti-H1 de 2ª geração; dobrar dose se resposta insuficiente
Dose aumentada	Até 4x na crônica	—	—	Segue o NICE	Até 2x
Corticoide	0,5–1 mg/kg/dia, 3 a 10 dias, casos graves	—	Comprimidos de corticoide em casos persistentes (NHS)	Segue o NICE	Dose única 0,5–1 mg/kg de metilprednisolona ou equivalente em quadros generalizados
Anafilaxia	Adrenalina IM	Autoinjeter 0,15 mg ou 0,3 mg conforme peso (2017)	Emergência (999)	Segue o NICE	Adrenalina IM 0,01 mg/kg, máx. 0,5 mg, repetir a cada 5–15 min
Encaminhamento	Especialista após 2–4 semanas sem controle com dose alta	—	Médico se persistir ou recorrer; especialista se suspeita de alergia (NHS)	Segue o NICE	Alergista se recorrente, angioedema ou suspeita de alergia IgE

Leitura: há convergência completa em três pontos: urticária aguda não exige exames, o anti-histamínico de segunda geração é a primeira linha e a adrenalina IM é o único tratamento de primeira linha da anafilaxia. A principal divergência está no aumento de dose — até 4 vezes (SBP e consenso EAACI/GA²LEN, na urticária crônica) contra até 2 vezes na revisão espanhola — e no corticoide: a SBP admite curso de 3 a 10 dias em casos graves, enquanto a referência espanhola cita dose única e o consenso europeu desaconselha uso prolongado. A AAP não tem diretriz específica sobre urticária; sua contribuição é a orientação sobre autoinjeter de adrenalina. O NICE não tem guideline NG sobre o tema; as orientações disponíveis ao público

(NHS) são coerentes com as demais. A AEP não tem protocolo acessível sobre o tema; utilizou-se a revisão de *Pediatria Integral* (SEPEAP, 2023).

Veja também, nesta Biblioteca: **Urticária, Angioedema, Eritema Multiforme e SSJ/NET e Anafilaxia e Autoaplicador de Adrenalina** (Alergia).

PONTOS PRÁTICOS

1. Em toda urticária, procure primeiro sinais de anafilaxia: voz, respiração, perfusão e pressão arterial.
2. Anafilaxia se trata com adrenalina IM 0,01 mg/kg (máx. 0,3 mg na criança; 0,5 mg no adolescente) na coxa, já no consultório; anti-histamínico e corticoide não substituem a adrenalina.
3. Na criança, a urticária aguda é quase sempre infecciosa; não peça exames e evite rotular alergia a antibiótico sem avaliação.
4. Anti-histamínico de segunda geração em horário fixo; evite os de primeira geração.
5. Corticoide oral só em quadros extensos, por poucos dias; lesão fixa, dolorosa, com púrpura, febre e artralgia muda o diagnóstico.
6. Mais de 6 semanas é urticária crônica: dose até 4x e encaminhamento ao alergista se não houver controle.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Alergia. Diretrizes — Abordagem da urticária na criança e no adolescente, 2023. [PDF](#)
- Zuberbier T et al. The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*, 2022. [PDF](#)
- Resumo do consenso de urticária 2022 (escalonamento terapêutico). [medizinonline.com](https://www.medizinonline.com)
- Ortega C. Urticaria y angioedema. *Pediatria Integral* (SEPEAP), 2023. [PDF](#)
- NHS. Hives, 2024. [nhs.uk](https://www.nhs.uk)
- The Royal Children's Hospital Melbourne. Clinical Practice Guideline — Urticaria (referência complementar para doses e diagnóstico diferencial). [rch.org.au](https://www.rch.org.au)
- The many faces of pediatric urticaria. *Frontiers in Allergy*, 2023. [frontiersin.org](https://www.frontiersin.org)
- American Academy of Pediatrics (Sicherer, Simons). Epinephrine for first-aid management of anaphylaxis, 2017 — resumo. [contemporarypediatrics.com](https://www.contemporarypediatrics.com)

- Bulas profissionais: Zyrtec solução oral (cetirizina) [PDF](#); desloratadina xarope [PDF](#); Alektos Ped (bilastina) [PDF](#); loratadina xarope [PDF](#); Allegra Pediátrico (fexofenadina) drogasil.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.