

# Classificação e abordagem das vasculites na criança

Classificação EULAR/PRINTO/PReS e Chapel Hill 2012 pelo calibre do vaso, quando suspeitar de vasculite, exames iniciais, diagnóstico diferencial e sinais de vasculite com risco de órgão ou de vida

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

**Referências:** SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

## CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
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

Vasculite é inflamação da parede do vaso, com isquemia ou sangramento no território irrigado. Na criança, **a vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein) e a doença de Kawasaki respondem pela grande maioria dos casos**; a arterite de Takayasu é a terceira (SBP 2020). A classificação pediátrica (EULAR/PReS 2006; critérios EULAR/PRINTO/PReS, Ankara 2008, publicados em 2010) e a nomenclatura de Chapel Hill 2012 organizam as doenças **pelo calibre do vaso**, e o calibre explica o quadro: pequenos vasos dão **púrpura palpável, hematúria e hemorragia alveolar**; médios, **nódulos, livedo, mononeurite, hipertensão e aneurismas**; grandes, **assimetria de pulsos, diferença de pressão entre membros, sopros e claudicação**. Pense em vasculite diante de **inflamação sistêmica sem explicação** com acometimento de órgão (SHARE 2019). O pediatra mede a pressão arterial (nos quatro membros quando houver suspeita), palpa todos os pulsos, faz a fita urinária e colhe os exames iniciais. **Púrpura típica de vasculite por IgA em criança bem, com urina e pressão normais, fica em casa** (ver documento próprio); suspeita de outra vasculite sistêmica vai ao reumatologista pediátrico com prioridade ou urgência. **Hemorragia alveolar, glomerulonefrite rapidamente progressiva, AVC, isquemia de membro, crise hipertensiva e púrpura febril são**  .

## 1. O que é e como se apresenta

---

**Classificação pediátrica (EULAR/PReS 2006, Ankara), pelo calibre predominante:**

| CALIBRE                                | DOENÇAS (EULAR/PRES 2006)                                                                                                                                                                                                                                                  | PISTAS CLÍNICAS                                                                                                                    |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Grandes vasos                          | Arterite de Takayasu                                                                                                                                                                                                                                                       | Pulsos reduzidos ou assimétricos, diferença de PA > 10 mmHg entre membros, sopros arteriais, claudicação, hipertensão renovascular |
| Médios vasos                           | Poliarterite nodosa (PAN) da infância, poliarterite cutânea, doença de Kawasaki                                                                                                                                                                                            | Nódulos dolorosos, livedo, úlceras, mialgia, mononeurite, hipertensão, aneurismas (coronárias no Kawasaki)                         |
| Pequenos vasos<br>— granulomatosas     | Granulomatose com poliangiite (antiga Wegener), granulomatose eosinofílica com poliangiite (antiga Churg-Strauss)                                                                                                                                                          | Sinusite e otite crônicas, crostas e epistaxe, estenose subglótica, nódulos pulmonares, asma grave com eosinofilia                 |
| Pequenos vasos<br>— não granulomatosas | Poliangiite microscópica, vasculite por IgA, vasculite leucocitoclástica cutânea isolada, vasculite urticariforme hipocomplementêmica                                                                                                                                      | Púrpura palpável, hematúria e proteinúria, hemorragia alveolar, urticas que duram mais de 24 h                                     |
| Outras                                 | Doença de Behçet; vasculite secundária a infecção (incluindo PAN associada à hepatite B), a neoplasia e a medicamentos (incluindo vasculite de hipersensibilidade); associada a doença do tecido conjuntivo; vasculite isolada do SNC; síndrome de Cogan; não classificada | Úlceras orais e genitais, uveíte; déficit neurológico; surdez com olho vermelho; contexto de lúpus, infecção ou fármaco            |

**Chapel Hill 2012 (nomenclatura, não critério diagnóstico):** divide os pequenos vasos em **associados ao ANCA** (poliangiite microscópica, granulomatose com poliangiite, granulomatose eosinofílica) e **por imunocomplexos** (anti-membrana basal, crioglobulinêmica, por IgA, urticariforme hipocomplementêmica — anti-C1q) e acrescenta **vaso variável** (Behçet, Cogan), **órgão único** (angiite leucocitoclástica cutânea, vasculite primária do SNC), **associada a doença sistêmica e de etiologia provável** (hepatites B e C, fármacos, câncer). Foi ela que trocou "púrpura de Henoch-Schönlein" por **vasculite por IgA** (SBP 2019).

**Critérios de classificação EULAR/PRINTO/PreS (Ankara 2008; Ozen 2010),** validados em 1.176 crianças, inclusive brasileiras:

- **Vasculite por IgA:** púrpura ou petéquias com predomínio em membros inferiores, **sem plaquetopenia** (obrigatório), + 1 de: dor abdominal, histologia com IgA, artrite ou artralgia, acometimento renal.
- **PAN da infância:** biópsia com vasculite necrosante **ou** angiografia alterada de artérias de médio ou pequeno calibre (obrigatório), + 1 de: pele, mialgia, hipertensão, neuropatia

periférica, rim.

- **Granulomatose com poliangiíte:** 3 de 6 — granuloma na biópsia, vias aéreas superiores, laringe/traqueia/brônquios, pulmão (radiografia ou tomografia), **ANCA positivo**, rim.
- **Takayasu:** angiografia da aorta, ramos ou artérias pulmonares alterada (obrigatório), + 1 de: pulso reduzido ou claudicação, **diferença de PA > 10 mmHg entre membros**, sopros, **hipertensão (> p95)**, provas inflamatórias elevadas (SBP 2020).

São critérios de **classificação**; o diagnóstico é do especialista, com biópsia e imagem.

**Quando suspeitar de vasculite (SHARE 2019; SBP 2019 e 2020; PCDT MS 2025):**

- **Febre prolongada** (febre = axilar  $\geq 37,5$  °C; FOI pela SBP =  $\geq 38,3$  °C diária por  $\geq 14$  dias) com provas inflamatórias altas, sem foco, e emagrecimento.
- **Púrpura palpável com plaquetas normais.**
- **Hipertensão com pulsos assimétricos ou ausentes**, sopros ou **diferença de PA entre membros** (Takayasu: hipertensão em até 80% — SBP 2020).
- **Mononeurite** (pé ou mão caídos) ou mononeurite múltipla.
- **Hematúria glomerular** ou proteinúria com sinais sistêmicos.
- **Livedo que não some com o aquecimento**, nódulos dolorosos, úlceras ou necrose de dedos.
- Hemoptise, sinusite destrutiva, estridor, asma com eosinofilia; dor abdominal pós-prandial, testículo doloroso, AVC ou perda visual súbita.

## 2. Classificação de gravidade

| GRAVIDADE  | CRITÉRIOS CLÍNICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CONDUTA                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ● Leve     | Púrpura palpável típica de vasculite por IgA ou vasculite cutânea isolada com gatilho provável, <b>criança em bom estado</b> , plaquetas normais, <b>PA normal e urina normal</b> , dor abdominal leve ou ausente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Pediatra: suporte, retorno com urina e PA conforme os documentos "Vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein)" e "Vasculites cutâneas e edema agudo hemorrágico do lactente"                                                                                                             |
| ● Moderada | Suspeita de vasculite sistêmica <b>sem ameaça imediata a órgão</b> : febre prolongada inflamatória sem causa, livedo persistente, nódulos, assimetria de pulsos ou diferença de PA entre membros com PA abaixo do limiar de crise, hipertensão estágio 1–2 assintomática, hematúria ou proteinúria <b>com função renal normal</b> , mononeurite estável, sinusite destrutiva, ANCA positivo isolado                                                                                                                                                                                                                                                                                | Exames iniciais no consultório e <b>encaminhamento com prioridade ao reumatologista pediátrico</b> (com urgência se mononeurite, hematúria com proteinúria, hipertensão estágio 2 ou suspeita de Takayasu); nefrologista pediátrico se urina alterada; reavaliar em 24–48 h enquanto aguarda |
| ● Grave    | <b>Hemorragia alveolar</b> (hemoptise, queda de hemoglobina, infiltrado, SpO2 baixa); <b>glomerulonefrite rapidamente progressiva</b> (creatinina subindo em dias, oligúria, edema, hematúria com hipertensão); <b>AVC</b> ou déficit focal, convulsão, rebaixamento; <b>isquemia de membro ou de dígitos</b> (palidez, frio, cianose fixa, dor intensa, necrose); <b>crise hipertensiva</b> ; abdome agudo, sangramento digestivo; estridor; perda visual súbita; insuficiência cardíaca; <b>púrpura febril</b> ou toxemia; suspeita de Kawasaki; <b>febre em uso de biológico (inclusive rituximabe), inibidor de JAK, ciclofosfamida ou corticoide em dose imunossupressora</b> | <b>Pronto-socorro/hospital imediato</b> com UTI pediátrica, nefrologia e reumatologia: estabilizar, oxigênio para SpO2 entre 94% e 98%, acesso venoso, SAMU (192) (ver "Quando encaminhar")                                                                                                  |

### Fatores que elevam a gravidade

- Inflamação sistêmica intensa (PCR e VHS muito altas, anemia, trombocitose ou plaquetopenia), emagrecimento.
- Acometimento de **rim, pulmão, sistema nervoso, coração ou intestino** — são as manifestações que ameaçam órgão ou vida e pedem tratamento imediato e intensivo (PCDT MS 2025; SHARE 2019).
- **ANCA positivo com rim ou pulmão** (síndrome pulmão-rim); hipertensão com lesão de órgão-alvo.
- Imunossupressão em curso (corticoide em dose alta, biológico, JAK), asplenia.

### 3. Diagnóstico no consultório

---

**Exame que não pode faltar:** PA com manguito adequado (bolsa  $\approx$  40% da circunferência do braço) **nos quatro membros** na suspeita de grandes vasos; **palpação comparativa de todos os pulsos**; ausculta de carótidas, subclávias e abdome; vitropressão e palpação da púrpura; fita urinária; força distal e sensibilidade; **fotografia das lesões** (SBP 2020; SHARE 2019).

**Exames iniciais (SHARE 2019, recomendação 4; ajustados pela clínica):**

1. **Hemograma com esfregaço** (plaquetopenia afasta vasculite por IgA), **PCR e VHS**, coagulograma.
2. **Ureia, creatinina**, eletrólitos, albumina, transaminases, CPK e DHL.
3. **Urina tipo 1** com pesquisa de dismorfismo eritrocitário e **relação proteína/creatinina** em amostra isolada.
4. **C3 e C4** — baixos sugerem lúpus, vasculite urticariforme hipocomplementêmica, crioglobulinemia ou glomerulonefrite pós-infecciosa.
5. **ANCA por imunofluorescência e anti-PR3 e anti-MPO (ELISA), pedidos juntos** — a imunofluorescência isolada não basta (SHARE 2019) — e **FAN** (com anti-DNA e ENA se positivo); antifosfolípides se isquemia em placas ou trombose.
6. **Sorologias:** hepatites B e C, HIV, sífilis, ASLO; outras conforme o quadro; **PPD ou IGRA** na suspeita de Takayasu (fortemente reator em 41% das crianças brasileiras — SBP 2020) e antes de imunossupressão.
7. **Hemoculturas** se febre (endocardite imita vasculite).
8. **Radiografia de tórax, ECG e ecocardiograma; ultrassom com Doppler** do abdome e das artérias periféricas.

**Com o especialista:** angiotomografia ou angiorressonância (Takayasu, PAN), tomografia de seios e tórax, **biópsia** do órgão acessível — que não deve atrasar o tratamento na doença grave —, crioglobulinas e pesquisa de **deficiência de adenosina desaminase 2 (DADA2)** na PAN da criança (SHARE 2019). O PCDT de 2025 registra que a pesquisa de ANCA (imunofluorescência ou anti-PR3/anti-MPO) não está disponível no SUS.

**Diagnóstico diferencial que não pode passar**

- **Infecção: doença meningocócica** (púrpura febril — ) , sepse, **endocardite** (sopro novo), febre maculosa, dengue, hepatites B e C, HIV, sífilis, tuberculose (associada a Takayasu — SBP 2020).
- **Neoplasia: leucemia e linfoma. Não usar corticoide "de teste"** antes de afastá-los (ver "Febre prolongada e febre de origem indeterminada na criança").
- **Medicamentos e drogas:** vasculite de hipersensibilidade (antibióticos, anticonvulsivantes); ANCA induzido por fármaco (propiltiouracil, hidralazina); no adolescente, **cocaína adulterada com levamisol** (púrpura retiforme, ANCA falso-positivo — PCDT MS 2025).

- **Imitadores:** coarctação da aorta, displasia fibromuscular, síndrome de Williams (SBP 2020), moyamoya, síndrome antifosfolípide, embolia, maus-tratos.
- **Doenças sistêmicas:** lúpus, doença inflamatória intestinal, febre familiar do Mediterrâneo, doença relacionada a IgG4 (SBP 2019).

Febre  $\geq 5$  dias com sinais de Kawasaki segue "Doença de Kawasaki" (🔴); febre prolongada sem foco segue a investigação em etapas de "Febre prolongada e febre de origem indeterminada na criança" (Infectologia).

## 4. Tratamento e seguimento

**O tratamento das vasculites sistêmicas é do especialista:** indução com corticoide em dose alta e imunossupressor (ciclofosfamida, micofenolato, rituximabe) e manutenção (azatioprina, metotrexato), em centro de referência (SHARE 2019; PCDT MS 2025). As doses de indução e de manutenção, com as fontes, estão em "**Vasculites associadas ao ANCA (granulomatose com poliangiíte, poliangiíte microscópica e granulomatose eosinofílica com poliangiíte)**" (nesta área) e nos documentos de cada doença; o pediatra não as inicia no consultório. **Rituximabe abaixo de 18 anos:** o PCDT (2025) só o libera pelo SUS a partir de 18 anos, enquanto as bulas (FDA e MabThera® no Brasil) o admitem na granulomatose com poliangiíte e na poliangiíte microscópica a partir de 2 anos — a indicação é do especialista.

### O que o pediatra faz:

- Trata a dor e a febre (padrão do site): **paracetamol 10–15 mg/kg/dose a cada 4–6 h (máx. 5 doses/dia e 75 mg/kg/dia; teto por dose da apresentação, conforme a bula; nunca > 1 g/dose)** ou **dipirona 15 mg/kg/dose a cada 6 h (não usar < 3 meses ou < 5 kg)**. Evitar **anti-inflamatório** com hematúria, proteinúria, hipertensão, função renal alterada ou sangramento.
- No seguimento: **PA, urina e crescimento em toda consulta**; vacinas conforme "Vacinação da criança imunocomprometida e com doenças crônicas (CRIE)" — **vivas contraindicadas só com imunossupressão de alto grau** (CRIE 2023); inativadas e influenza em dia.
- **Febre em uso de biológico (inclusive rituximabe), inibidor de JAK, ciclofosfamida ou corticoide em dose imunossupressora = pronto-socorro (🔴), mesmo em bom estado;** com imunossupressor convencional isolado (metotrexato, azatioprina) e bom estado, avaliação no mesmo dia (🟡) (padrão do site).

### O que não fazer

- Corticoide antes do diagnóstico (mascara leucemia, linfoma e infecção); antibiótico empírico na criança estável com febre prolongada.
- Baixar a PA no consultório ou usar **nifedipino de liberação imediata** (padrão do site).

## 5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

---

Todos os critérios da linha , em especial **hemorragia alveolar, glomerulonefrite rapidamente progressiva, AVC, isquemia de membro e crise hipertensiva** (PA  $\geq$  p95 + 30 mmHg abaixo de 13 anos, > 180/120 mmHg no adolescente, ou hipertensão com sintomas — AAP 2017; SBP 2019).

### Como encaminhar

1. **Via aérea, respiração e circulação; oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98%**; na hemoptise, decúbito do lado que sangra, se conhecido.
2. **Acesso venoso sem atrasar o transporte**; na má perfusão, seguir "Sepse e choque séptico na criança"; **sem expansão na hipertensão ou na oligúria com edema**.
3. **Púrpura febril**: ceftriaxona **100 mg/kg IV/IM (máx. 4 g)** antes da transferência, se não atrasar a remoção (padrão do site); doença meningocócica é de notificação obrigatória (compulsória).
4. **Crise hipertensiva**: não baixar a PA no consultório nem dar nifedipino sublingual; seguir "Crise hipertensiva na criança e no adolescente".
5. **AVC**: hora de início por escrito, glicemia capilar, nada por boca, sem AAS ou heparina, conforme "AVC na infância".
6. **Isquemia de membro**: manter aquecido e em posição neutra, sem garrote, sem compressas frias, analgesia.
7. **SAMU (192) e contato prévio** com serviço que tenha UTI pediátrica, nefrologia e reumatologia pediátricas.
8. **Relatório**: PA nos quatro membros, pulsos, fita urinária, exames, medicamentos e drogas, fotos das lesões.

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

---

- "Vasculite é uma inflamação dos vasos; os exames servem para descobrir qual é e se algum órgão está sendo atingido."
- "Traga as fotos das manchas, a lista de todos os remédios e conte se o adolescente usa alguma droga: isso muda o diagnóstico."
- "Não dê anti-inflamatório (ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco) sem orientação; para dor e febre, paracetamol ou dipirona na dose do peso."
- "Meça a pressão nos retornos e faça o exame de urina quando pedido, mesmo que a criança pareça bem."
- **Procurar o pronto-socorro se houver**: tosse com sangue ou falta de ar; urina escura, com sangue ou em pouca quantidade; inchaço; dor de cabeça forte, fraqueza de um lado do

corpo, convulsão ou perda da visão; mão, pé ou dedos frios, brancos ou roxos com dor; dor de barriga forte ou sangue nas fezes; manchas roxas com febre; **febre em quem usa biológico ou inibidor de JAK**.

## 7. Comparação com as referências

**Versões consultadas:** SBP — DC de Reumatologia nº 5 (11/2019, vasculite por IgA) e nº 11 (06/2020, Takayasu), sem documento geral de vasculites; MS — PCDT da Vasculite Associada aos ANCA (Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 5, de 01/07/2025); AAP — sem diretriz localizada; NICE — sem diretriz de vasculites pediátricas; AEP — Vasculitis por IgA, Protocolos de Reumatología Pediátrica (2020); o protocolo de PAN não abriu na consulta (10/2026); Johns Hopkins — sem posição pediátrica localizada; Harvard — Boston Children's Hospital, página Vasculitis (sem data); Oxford e Cambridge — sem protocolo local localizado. Apoio: EULAR/PreS 2006, EULAR/PRINTO/PreS 2010, Chapel Hill 2012, SHARE 2019 (vasculites raras).

| ITEM             | SBP                                                           | MINISTÉRIO DA SAÚDE                                            | AAP                     | NICE                    | AEP                                                   | JOHNS HOPKINS                     | HARVARD                                      | OXFORD / CAMBRIDGE |
|------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|--------------------|
| Classificação    | Chapel Hill 2012 (nome) e EULAR/PRINTO/PreS (IgAV, Takayasu)  | Chapel Hill 2012, adultos com ANCA                             | Sem diretriz localizada | Sem diretriz localizada | EULAR/PRINTO/PreS 2010                                | Sem posição específica localizada | Lista por tipo, sem critérios                | Segue o NICE       |
| Quando suspeitar | Takayasu: hipertensão e pulsos assimétricos; PA nos 4 membros | Sintomas constitucionais e órgão acometido                     | —                       | —                       | Púrpura e difêrençiais vasculíticos                   | —                                 | Inflamação e sintomas de órgão               | —                  |
| Exames iniciais  | Hemograma, PCR/VHS, urina, função renal; imagem vascular      | Urina, creatinina, tomografia; ANCA fora do SUS                | —                       | —                       | Urina com proteína/creatinina, PA, biópsia se atípica | —                                 | VHS, PCR, urina, imagem, biópsia             | —                  |
| Diferencial      | Infecção, neoplasia, lúpus, DII, IgG4, febre do Mediterrâneo  | Cocaína com levamisol, falso ANCA                              | —                       | —                       | Vasculites por infecção, ANCA, crioglobulinas         | —                                 | —                                            | —                  |
| Tratamento       | Especialista; corticoide e imunossupressor                    | Ciclofosfamida; rituximabe pelo SUS ≥ 18 anos (bulas ≥ 2 anos) | —                       | —                       | Especialista                                          | —                                 | Corticoide, imunossupressor, biológico, IgIV | —                  |
| Encaminhamento   | Reumatologista pediátrico em todo caso de vasculite sistêmica | Encaminhamento ágil pela atenção primária                      | —                       | —                       | Nefrologia se rim; hospital se grave                  | —                                 | —                                            | —                  |

**Leitura:** as referências convergem na classificação pelo calibre do vaso (EULAR/PReS e Chapel Hill), no uso dos critérios EULAR/PRINTO/PReS para a criança, na importância da pressão arterial, dos pulsos e da urina na suspeita, e em que o tratamento das vasculites sistêmicas é do especialista, com corticoide e imunossupressor. As diferenças são de alcance: a SBP tem documentos por doença (vasculite por IgA e Takayasu), mas não um guia geral; o Ministério da Saúde trata só da vasculite associada ao ANCA, pensando no adulto, registra que a pesquisa de ANCA não está disponível no SUS e libera o rituximabe apenas a partir de 18 anos (as bulas o admitem a partir de 2 anos na granulomatose com poliangiite e na poliangiite microscópica; abaixo de 18 anos, decisão do especialista); a AEP aborda as vasculites por doença; AAP, NICE e os hospitais de Oxford e Cambridge não têm protocolo pediátrico localizado. Para a lista de exames iniciais e para a regra de pensar em vasculite diante de inflamação sistêmica inexplicada, nenhuma das nove referências tem posição detalhada: **o site segue o consenso europeu SHARE (2019)**, específico da criança, e **adota a SBP** em tudo o que ela define (critérios, Takayasu, vasculite por IgA), com o Ministério da Saúde na vasculite associada ao ANCA.

#### PONTOS PRÁTICOS

1. Inflamação sistêmica sem explicação com rim, pulmão, nervo, pele ou pulsos alterados é vasculite até prova em contrário: encaminhe ao reumatologista pediátrico.
2. Em toda suspeita: PA nos quatro membros, palpação de todos os pulsos, ausculta de sopros, fita urinária e plaquetas.
3. Púrpura palpável com plaquetas normais é vasculite de pequenos vasos; com febre e mau estado, é doença meningocócica até prova em contrário (●).
4. Exames iniciais: hemograma, PCR, VHS, função renal, urina com proteína/creatinina, C3 e C4, ANCA (imunofluorescência com anti-PR3 e anti-MPO juntos), FAN, sorologias e hemoculturas se febre; ecocardiograma e imagem vascular conforme a clínica.
5. Afaste infecção, neoplasia e drogas antes de qualquer corticoide; pergunte por cocaína no adolescente.
6. Hemorragia alveolar, glomerulonefrite rapidamente progressiva, AVC, isquemia de membro e crise hipertensiva vão ao hospital já, com oxigênio para SpO2 entre 94% e 98%.

Veja também, nesta Biblioteca: **Vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein)**, **Vasculites cutâneas e edema agudo hemorrágico do lactente**, **Doença de Kawasaki** e os demais documentos do grupo Vasculites (nesta área); **Nefropatia por IgA e Vasculite por IgA (Púrpura de Henoch-Schönlein)** e **Lesão renal aguda na criança** (Nefrologia); **Febre**

**prolongada e febre de origem indeterminada na criança** (Infectologia); **Hipertensão arterial sistêmica na criança e no adolescente e Endocardite infecciosa e profilaxia antibiótica** (Cardiologia); **Crise hipertensiva na criança e no adolescente e Estabilização e transporte da criança grave do consultório ou da UBS ao hospital** (Urgências); **AVC na infância** (Neurologia); **A pele como sinal de doença sistêmica na criança** (Dermatologia); **Trombose venosa e trombofilias na criança e no adolescente** (Hematologia); **Vacinação da criança imunocomprometida e com doenças crônicas (CRIE)** (Imunizações).

## 8. Fontes

---

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Reumatologia. Vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein) deve ser acompanhada em longo prazo? Documento Científico nº 5, novembro de 2019. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Reumatologia. Arterite de Takayasu na faixa etária pediátrica: uma causa frequente de hipertensão arterial e redução de pulsos arteriais. Documento Científico nº 11, junho de 2020. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas — Vasculite Associada aos Anticorpos Anti-citoplasma de Neutrófilos. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 5, de 01/07/2025. [PDF](#)
- FDA. Rituxan (rituximab) — prescribing information, 2021 (GPA e MPA pediátricas a partir de 2 anos). [PDF](#)
- MabThera® (rituximabe) — bula, consultada em 10/2026 (não usar abaixo de 2 anos na GPA e na MPA). [bula.com.br](http://bula.com.br)
- Ozen S et al. EULAR/PReS endorsed consensus criteria for the classification of childhood vasculitides. Ann Rheum Dis, 2006;65:936–941. [PMC](#)
- Ozen S et al. EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch-Schönlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part II: Final classification criteria. Ann Rheum Dis, 2010;69:798–806. [PubMed](#)
- Jennette JC et al. 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. Arthritis Rheum, 2013;65:1–11. [PubMed](#)
- de Graeff N et al. European consensus-based recommendations for the diagnosis and treatment of rare paediatric vasculitides — the SHARE initiative. Rheumatology (Oxford), 2019;58:656–671. [Oxford Academic](#)
- AEP. Borlán Fernández S. Vasculitis por IgA (púrpura de Schönlein-Henoch). Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Reumatología Pediátrica, 2020;2:225–238. [PDF](#)
- Boston Children's Hospital. Vasculitis (página institucional, sem data). [childrenshospital.org](http://childrenshospital.org)
- Documentos do site: Febre prolongada e febre de origem indeterminada na criança (SBP, DC nº 206/2025); Crise hipertensiva na criança e no adolescente (AAP 2017; SBP 2019);

**Dr. José Roberto Stefani**

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · 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](mailto:pediatra.stefani@gmail.com) · [www.neonatologia.com.br](http://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.