

# Doença de Kawasaki

Critérios, Kawasaki incompleto, lactente com febre prolongada, escore Z, imunoglobulina e AAS, resistência, choque, vacinas e seguimento, segundo SBP 2019 e AHA 2017/2024

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

A doença de Kawasaki (DK) é uma **vasculite aguda e autolimitada de vasos de médio calibre**; sem tratamento, cerca de **25%** das crianças têm alterações coronarianas, e **cerca de 4%** mesmo tratadas (SBP 2019). Pense nela em **toda criança com febre por 5 dias ou mais** (NICE NG143) e, no **lactente com menos de 6 meses**, mesmo com poucos sinais. O diagnóstico é clínico: febre  $\geq 5$  dias com **4 dos 5 critérios principais** (conjuntivite bulbar bilateral sem secreção, alterações de lábios e boca, exantema polimorfo, alterações de mãos e pés, linfonodo cervical  $\geq 1,5$  cm). Nas formas **incompletas**, PCR, VHS, exames e **ecocardiograma com escore Z** decidem. **Não há tratamento domiciliar da fase aguda**: a suspeita de DK, completa ou incompleta com inflamação laboratorial, é  — **hospital no mesmo dia**, para **imunoglobulina IV 2 g/kg** (idealmente até o 10º dia de febre), **AAS** e ecocardiograma. Depois da alta, o pediatra acompanha com o cardiologista pediátrico: AAS em dose baixa, ecocardiogramas de controle, **vacinas vivas adiadas por 11 meses** após a imunoglobulina e cuidado com **influenza e varicela** durante o AAS (síndrome de Reye).

## 1. O que é e como se apresenta

**Epidemiologia (SBP 2019):** 85% dos casos antes dos 5 anos, pico entre 9 e 12 meses, discreto predomínio masculino, mais frequente em asiáticos; rara em escolares e adolescentes.

**Critérios diagnósticos (AHA 2017, mantidos em 2024; adotados pela SBP 2019 e pela EULAR/PReS):** febre persistente por pelo menos 5 dias + pelo menos 4 de 5 critérios principais:

| CRITÉRIO PRINCIPAL                   | COMO APARECE                                                                                                                                  |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alterações de lábios e cavidade oral | Eritema, ressecamento e fissuras labiais, língua em framboesa, hiperemia difusa da orofaringe — <b>sem aftas, úlceras ou exsudato</b>         |
| Conjuntivite                         | Bilateral, <b>bulbar (poupa o limbo)</b> , sem secreção, indolor                                                                              |
| Exantema polimorfo                   | Tronco e períneo, nos primeiros dias; <b>sem vesículas</b>                                                                                    |
| Alterações de extremidades           | Fase aguda: eritema palmoplantar e edema endurecido do dorso de mãos e pés; fase subaguda: <b>descamação periungueal</b> (e perineal precoce) |
| Linfonodomegalia cervical            | <b><math>\geq 1,5</math> cm</b> , geralmente unilateral (a menos frequente)                                                                   |

Com **4 ou mais critérios**, o diagnóstico pode ser feito no **4º dia de febre** (AHA 2017). Os critérios surgem em sequência e podem ter sumido: pergunte por eles e peça fotos (SBP 2019; NICE NG143). Na rotina do site, febre é axilar  $\geq 37,5$  °C.

**Fases (SBP 2019): aguda** (febre, critérios, provas inflamatórias altas, miocardite); **subaguda** (após 7–10 dias: descamação, **trombocitose**, aneurismas, maior risco de trombose); **convalescença** (normalização e regressão da maioria dos aneurismas pequenos).

**Outros achados:** irritabilidade intensa, **eritema na cicatriz da BCG**, artrite, dor abdominal, **hidropsia de vesícula**, piúria estéril, meningite asséptica, paralisia facial, uveíte anterior. Tosse, diarreia ou infecção viral documentada **não afastam** a DK quando os critérios são típicos (SBP 2019).

**Kawasaki incompleto:** febre prolongada com **2 ou 3 critérios** — 20% a 30% dos casos (SBP 2019), mais comum no **lactente**, o de **maior risco coronariano** (NICE NG143).

**Síndrome do choque do Kawasaki:** hipotensão ou má perfusão por disfunção miocárdica e vasodilatação, às vezes antes de completar os critérios; associa-se a resistência e a aneurismas e exige inotrópico e vasopressor com a imunoglobulina (consenso espanhol 2018).

## 2. Classificação de gravidade

| GRAVIDADE                                                                                    | CRITÉRIOS CLÍNICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CONDUTA                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Leve     | Criança <b>já tratada</b> , afebril, com provas inflamatórias normalizando e <b>ecocardiograma sem aneurisma</b> (escore Z < 2,5), em AAS em dose baixa; ou diagnóstico retrospectivo na convalescença com eco normal e provas normais                                                                                                   | Seguimento pelo pediatra junto com o cardiologista pediátrico: AAS conforme prescrito, ecocardiogramas de controle, vacinas conforme os intervalos abaixo                                                                                                                 |
|  Moderada | Febre de 5 dias ou mais com <b>2 ou 3 critérios</b> , criança em bom estado, <b>PCR &lt; 3 mg/dL e VHS &lt; 40 mm/h</b> (algoritmo da AHA); ou febre ≥ 5 dias com explicação alternativa provável, mas sinais sugestivos                                                                                                                 | <b>Reavaliação clínica diária</b> e nova PCR/VHS se a febre persistir; ecocardiograma se surgir descamação; passa a  se as provas subirem, surgirem novos critérios ou o estado piorar |
|  Grave    | <b>Suspeita de DK completa</b> ; DK incompleta com <b>PCR ≥ 3 mg/dL e/ou VHS ≥ 40 mm/h; lactente &lt; 6 meses com febre ≥ 7 dias sem causa</b> e inflamação laboratorial; diagnóstico após o 10º dia com febre ou provas elevadas; <b>choque</b> , sinais de insuficiência cardíaca, arritmia, dor torácica; aneurisma ao ecocardiograma | <b>Hospital no mesmo dia</b> com ecocardiograma e imunoglobulina IV; no choque, estabilizar e transferir com SAMU (ver "Quando encaminhar")                                                                                                                               |

**Fatores de risco que elevam a gravidade (risco de aneurisma e de resistência à imunoglobulina)**

- **Idade < 6 meses ou > 8 anos**, sexo masculino (SBP 2019); ascendência asiática (AHA 2024).

- **Albumina < 3 g/dL**, anemia, **plaquetopenia** na fase aguda, leucócitos > 15.000/mm<sup>3</sup>, **PCR ≥ 10 mg/dL**, transaminases altas, **hiponatremia** (SBP 2019).
- **Escore Z ≥ 2 ao diagnóstico** (AHA 2024); imunoglobulina após o 10º dia; **choque** ou ativação macrofágica (AEP 2020); febre após a imunoglobulina.

### 3. Diagnóstico no consultório

---

**É clínico.** O pediatra levanta a hipótese e documenta os critérios; exames sustentam a forma incompleta e o diferencial.

**Algoritmo do Kawasaki incompleto (AHA 2017, reproduzido pela AEP 2020):**

1. **Quem avaliar:** febre ≥ 5 dias com 2 ou 3 critérios, **ou lactente com febre ≥ 7 dias sem outra explicação.**
2. **PCR e VHS.**
  - **PCR < 3 mg/dL e VHS < 40 mm/h:** reavaliação clínica seriada; repetir exames se a febre persistir; ecocardiograma se aparecer a descamação típica.
  - **PCR ≥ 3 mg/dL e/ou VHS ≥ 40 mm/h:** pesquisar os achados complementares.
3. **Achados complementares (3 ou mais = tratar):** anemia para a idade; **plaquetas ≥ 450.000/mm<sup>3</sup> após o 7º dia de febre;** albumina ≤ 3 g/dL; ALT elevada; **leucócitos ≥ 15.000/mm<sup>3</sup>; urina com ≥ 10 leucócitos/campo.**
4. **Menos de 3 achados:** ecocardiograma; **eco alterado = tratar;** eco normal com febre persistente = repetir o eco e reavaliar.

**Lactente < 6 meses:** a DK mais se esconde e mais forma aneurismas: **febre ≥ 7 dias sem causa** pede PCR, VHS e hemograma e, com inflamação, ecocardiograma, **mesmo sem critérios** (AHA 2017; AEP 2020; NICE NG143).

**Exames (SBP 2019):** hemograma, PCR e VHS (a **VHS sobe após a imunoglobulina** — acompanhe pela PCR), albumina, ALT, sódio, urina tipo 1; e o que o diferencial pedir (estreptococo, hemoculturas, SARS-CoV-2).

**Ecocardiograma com escore Z** na suspeita, por profissional experiente, e não pelo diâmetro absoluto (SBP 2019); usar **a mesma equação de escore Z no seguimento** (AHA 2024).

| CLASSIFICAÇÃO CORONARIANA (AHA 2017; AEP 2020) | SCORE Z                                  |
|------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Sem acometimento                               | < 2                                      |
| Somente dilatação                              | 2 a < 2,5                                |
| Aneurisma pequeno                              | ≥ 2,5 a < 5                              |
| Aneurisma médio                                | ≥ 5 a < 10, com diâmetro absoluto < 8 mm |
| Aneurisma grande ou gigante                    | ≥ 10 ou ≥ 8 mm                           |

#### Diagnóstico diferencial que não pode passar (SBP 2019; AEP 2020):

- **SIM-P/MIS-C:** escolar, 2 a 6 semanas após COVID-19, **sintomas gastrointestinais, plaquetopenia, linfopenia, disfunção miocárdica e choque**; na DK, idade menor e coronárias (AHA 2024). Conduta em "**Miocardite, pericardite e síndrome inflamatória multissistêmica (MIS-C)**" (Cardiologia); SIM-P é de notificação obrigatória (compulsória).
- **Infecções:** escarlatina, choque tóxico, adenovírus, sarampo, mononucleose, arboviroses, **adenite que não responde ao antibiótico**; doença meningocócica na febre com petéquias (●).
- Stevens-Johnson, DRESS; artrite idiopática juvenil sistêmica, poliarterite nodosa.

## 4. Tratamento e seguimento

**Fase aguda — sempre hospitalar**, com monitorização cardíaca (SBP 2019). Condutas do hospital, para o pediatra saber o que continuar após a alta:

| MEDICAMENTO                                          | DOSE                                                        | INTERVALO                      | DURAÇÃO                                                                             | OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imunoglobulina humana IV                             | <b>2 g/kg</b>                                               | Dose única, infusão em 10–12 h | Uma dose                                                                            | <b>Até o 10º dia de febre</b> ; depois do 10º dia, se ainda houver febre ou PCR/VHS elevadas, ou alteração coronariana (SBP 2019; AEP 2020). Obeso: peso ajustado (AHA 2024). Insuficiência cardíaca: fracionar conforme o serviço (AEP 2020: 400 mg/kg/dia por 4 dias) |
| Ácido acetilsalicílico (AAS) — dose da fase aguda    | <b>30–50 mg/kg/dia (moderada) ou 50–80 mg/kg/dia (alta)</b> | Dividida 6/6 h, VO             | Até a criança ficar <b>afebril por 2 dias</b>                                       | SBP 2019 (que reconhece a falta de evidência de redução de aneurismas). AHA 2017: 30–50 ou 80–100 mg/kg/dia; AHA 2024: doses baixa e moderada parecem tão eficazes quanto a alta                                                                                        |
| AAS — dose antiplaquetária                           | <b>3–5 mg/kg/dia</b>                                        | Dose única diária, VO          | <b>6–8 semanas</b> se não houver alteração coronariana; <b>indefinida</b> se houver | SBP 2019; AEP 2020. <b>Máx. 80 mg/dia</b> (SBP 2020; ACR 2022: 81 mg). Preferir o comprimido de 81 mg; o de 100 mg é aceitável acima de 20 kg, porque fica em 3–5 mg/kg/dia (decisão do site)                                                                           |
| Metilprednisolona IV — reforço inicial no alto risco | <b>2 mg/kg/dia</b>                                          | Dose diária                    | Até ceder a febre; depois prednisolona VO com <b>retirada em 2–3 semanas</b>        | SBP 2019 (AHA 2017), nos pacientes de alto risco de aneurisma (lista acima)                                                                                                                                                                                             |
| Metilprednisolona IV em pulso — resistência          | <b>30 mg/kg/dose (máx. 1 g)</b>                             | 1 vez ao dia                   | <b>3 dias</b>                                                                       | SBP 2019, se a febre persistir após a 2ª dose de imunoglobulina                                                                                                                                                                                                         |
| Infliximabe IV — resistência                         | <b>5 mg/kg</b>                                              | Dose única                     | —                                                                                   | SBP 2019; AEP 2020 usa 6 mg/kg (1 ou 2 doses). Decisão do reumatologista ou cardiologista pediátrico                                                                                                                                                                    |

**Resistência (10–20%; AHA 2017):** febre persistente ou que volta **36 h após o fim da infusão**. SBP 2019, adotada pelo site: **2ª dose de imunoglobulina 2 g/kg**; depois **pulso de metilprednisolona**; nos refratários, **infliximabe**, ciclosporina ou ciclofosfamida (AEP 2020: também anakinra). Condutas do especialista.

**Antitrombose pelo escore Z (AEP 2020; AHA 2024)**, pelo cardiologista: aneurisma pequeno, AAS em dose baixa; médio, + clopidogrel; grande ou gigante, **AAS + varfarina (INR 2–3) ou heparina de baixo peso**.

**O que não usar:**

- **Ibuprofeno durante o AAS** (antagoniza o efeito antiplaquetário; consenso espanhol 2018): use **paracetamol** 10–15 mg/kg/dose a cada 4–6 h (máx. 75 mg/kg/dia; padrão do site).
- **Corticoide antes do diagnóstico**, que mascara a febre e atrasa a imunoglobulina.

**Vacinas (coerente com o documento de Imunizações do site e o Manual dos CRIE 2023, Tabela 5):**

- **Vivas injetáveis (tríplice ou tetraviral, varicela): adiar 11 meses após imunoglobulina 1,6–2 g/kg**, contados da última dose. **Inativadas: sem restrição**.
- **Influenza inativada em dia** para quem usa AAS, a partir de 6 meses (AEP 2020; já na rotina SBP 2026/2027 e PNI).
- **Varicela:** evitar salicilatos por 6 semanas após a vacina (Imunobiológicos em Pediatria, do site).

**Síndrome de Reye (SBP 2019):** oriente o risco de **varicela, influenza e dengue durante o AAS**. Na influenza ou varicela (ou contato), falar com o cardiologista: o consenso espanhol (2018) troca o AAS por outro antiagregante (clopidogrel) por pelo menos 2 semanas.

**Seguimento:**

- **Ecocardiograma no diagnóstico, em 1–2 e em 6–8 semanas** (SBP 2019); com aneurisma, bem mais frequente até estabilizar.
- **Sem aneurisma:** AAS suspenso com eco, plaquetas e PCR normais; controlar fatores de risco cardiovascular, pois a disfunção endotelial pode persistir (SBP 2019).
- **Com aneurisma:** cardiologia **por toda a vida**, com transição para a de adultos (AHA 2024); esporte com liberação do cardiologista.

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

---

- **Suspeita de DK completa** (febre  $\geq 5$  dias + 4 critérios, ou 4 critérios já no 4º dia).
- **DK incompleta** com PCR  $\geq 3$  mg/dL e/ou VHS  $\geq 40$  mm/h, com achados complementares ou eco alterado.
- **Lactente < 6 meses com febre  $\geq 7$  dias** sem causa e inflamação laboratorial.
- Diagnóstico tardio (descamação) com febre, provas elevadas ou eco alterado.
- Febre que volta após a alta (resistência ou recorrência).

- **Choque**, taquicardia desproporcional, má perfusão, dispneia, hepatomegalia, arritmia, dor torácica ou síncope.

### Como encaminhar

1. **Contato prévio**: o destino precisa ter **ecocardiografia pediátrica e imunoglobulina IV**.
2. **Não iniciar AAS nem corticoide no consultório**; paracetamol se necessário.
3. **No choque: oxigênio para SpO2 entre 94% e 98%**, acesso venoso, cristalóide em alíquotas pequenas com **reavaliação após cada uma** (disfunção miocárdica; ver "Sepse e choque séptico na criança"); **SAMU (192)**.
4. **Relatório**: início da febre, critérios com datas (e fotos), exames, medicamentos e vacinas recentes.

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

---

- "O tratamento no hospital, com imunoglobulina, protege os vasos do coração e é feito o quanto antes."
- "O AAS em dose baixa é dado uma vez por dia até o médico suspender. Não troque o antitérmico por ibuprofeno; se precisar, use paracetamol."
- "Gripe, catapora ou contato com catapora durante o AAS: avise o médico no mesmo dia."
- "As vacinas de vírus vivo (tríplice viral, tetraviral e catapora) ficam para 11 meses depois da imunoglobulina; as outras vacinas, incluindo a da gripe, seguem normalmente."
- **Procurar o pronto-socorro se houver**: febre que volta, criança muito abatida ou irritada, mãos e pés frios, falta de ar, dor no peito, desmaio, sangramentos (em anticoagulante).

## 7. Comparação com as referências

---

**Versões consultadas**: SBP — DC nº 06, Reumatologia (11/2019), o mais recente; MS — sem protocolo de DK localizado (vacinas: Manual dos CRIE 2023); AAP — sem diretriz própria, segue a AHA (2017 e 13/11/2024), comparadas na Pediatrics (08/2025); NICE — NG143 (2019); AEP — protocolo de 2020 e consenso de 2018; Johns Hopkins e Harvard — páginas inacessíveis na consulta (10/2026); Oxford e Cambridge — sem protocolo local localizado.

| ITEM                     | SBP                                                                      | MINISTÉ-<br>RIO DA<br>SAÚDE            | AAP                                                                                 | NICE                                                      | AEP                                                                           | JOHNS<br>HOPKINS                  | HARVARD                           | OXFORD /<br>CAM-<br>BRIDGE |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Crítérios e incompleto   | AHA e EULAR/PreS; incompleta com exames e escore Z > 2,5                 | Sem protocolo específico localizado    | AHA 2017, mantidos em 2024                                                          | Pensar em DK com febre ≥ 5 dias; < 1 ano com menos sinais | Algoritmo da AHA; lactente ≥ 7 dias de febre                                  | Sem posição específica localizada | Sem posição específica localizada | Segue o NICE               |
| Imunoglobulina           | 2 g/kg até o 10º dia; depois se febre ou provas altas                    | Sem protocolo específico localizado    | 2 g/kg; peso ajustado no obeso (2024)                                               | Sem recomendação de tratamento                            | 2 g/kg em 12 h                                                                | Sem posição específica localizada | Sem posição específica localizada | Segue o NICE               |
| AAS na fase aguda        | 30–50 ou 50–80 mg/kg/dia; baixa dose após 2 dias afebril                 | —                                      | 30–50 ou 80–100; 2024: baixa ou moderada parece igual                               | —                                                         | 30–50 mg/kg/dia ou ibuprofeno; baixa após 36–72 h afebril                     | —                                 | —                                 | —                          |
| Alto risco e resistência | Metilprednisolona 2 mg/kg/dia no alto risco; 2ª IGIV, pulso, infliximabe | —                                      | Escore norte-americano (< 6 meses, asiático, Z ≥ 2, PCR); corticoide ou infliximabe | —                                                         | Alto risco < 12 meses e laboratório; pulso de 30 mg/kg; infliximabe, anakinra | —                                 | —                                 | —                          |
| Ecocardiograma           | Diagnóstico, 1–2 e 6–8 semanas; escore Z                                 | —                                      | Diagnóstico, 1–2 e 4–6 semanas; mais vezes se Z > 2,5                               | —                                                         | Antiagregação conforme escore Z                                               | —                                 | —                                 | —                          |
| Vacinas e Reye           | Alerta para varicela, influenza e dengue com AAS                         | Vivas 11 meses após 2 g/kg (CRIE 2023) | Adiar vivas 11 meses; influenza inativada                                           | —                                                         | Vivas 11 meses; influenza para quem usa AAS                                   | —                                 | —                                 | —                          |

**Leitura:** as referências concordam nos critérios clínicos, no algoritmo do Kawasaki incompleto, na imunoglobulina 2 g/kg em dose única o mais cedo possível, no escore Z para classificar as coronárias, no adiamento das vacinas vivas por 11 meses e na vigilância de influenza e varicela durante o AAS. As divergências estão no **AAS da fase aguda**: SBP aceita 30–50 ou **50–80 mg/kg/dia**; a AHA usa 30–50 ou 80–100 e, em 2024, vê doses baixas ou moderadas como tão eficazes; a AEP usa a moderada ou ibuprofeno (que o consenso espanhol de 2018 não associa ao AAS). Divergem também a **troca para dose baixa** (SBP: 2 dias afebril; AEP: 36 a 72 h), o **eco tardio** (SBP 6–8 semanas; AHA 4–6), os **critérios de alto risco** (SBP: lista da AHA 2017; AEP: < 12 meses e cortes laboratoriais; AHA 2024: escore norte-americano) e a **dose de infliximabe** (SBP 5 mg/kg; AEP 6 mg/kg). **O site adota a posição da SBP (2019)** em todos esses pontos e, onde ela não fala (vacinas vivas), o Manual dos CRIE 2023 do Ministério da Saúde.

### PONTOS PRÁTICOS

1. Febre por 5 dias ou mais: procure ativamente os 5 critérios, inclusive os que já sumiram, e pense em Kawasaki incompleto.
2. Lactente com menos de 6 meses e febre por 7 dias ou mais sem causa: PCR, VHS e, se houver inflamação, ecocardiograma, mesmo sem critérios.
3. Suspeita de DK é hospital no mesmo dia: imunoglobulina 2 g/kg idealmente até o 10º dia de febre, e ainda depois se a febre ou a inflamação persistirem.
4. AAS conforme a SBP: 30–50 ou 50–80 mg/kg/dia até 2 dias sem febre e depois 3–5 mg/kg/dia (máx. 80 mg) por 6–8 semanas (ou indefinidamente com aneurisma); sem ibuprofeno junto.
5. Febre 36 horas após a imunoglobulina é resistência: volta ao hospital para a 2ª dose.
6. Vacinas vivas 11 meses após a imunoglobulina; influenza em dia; avisar o médico se surgir gripe ou catapora em uso de AAS.

Veja também, nesta Biblioteca: **Miocardite, pericardite e síndrome inflamatória multissistêmica (MIS-C)** (Cardiologia); **Síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P / MIS-C)** (nesta área); **Febre prolongada e febre de origem indeterminada na criança** (Infectologia); **Linfonodomegalias e linfadenites na criança** e **Doenças exantemáticas** (Patologias do consultório); **Sepse e choque séptico na criança** (Urgências); **A pele como sinal de doença sistêmica na criança** (Dermatologia); **Guia Vacinal Completo** (Imunizações).

## 8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Reumatologia. Doença de Kawasaki (Documento Científico nº 06), novembro de 2019. [PDF](#)
- American Heart Association. McCrindle BW et al. Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease (Scientific Statement). *Circulation*, 2017;135:e927–e999. [PubMed](#)
- American Heart Association. Jone PN et al. Update on Diagnosis and Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement. *Circulation*, 2024;150:e481–e500. [PubMed](#)
- Choueiter NF, Jone PN, Harahsheh AS. Comparing the 2024 and 2017 Kawasaki Disease Statements From the American Heart Association. *Pediatrics* (AAP), 2025;156:e2024069800. [PubMed](#)

- NICE. NG143 — Fever in under 5s: assessment and initial management, 2019, atualizada em 2021. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AEP. Sánchez-Manubens J. Enfermedad de Kawasaki. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Reumatología Pediátrica, 2020. [PDF](#)
- Barrios Tascón A et al. Consenso nacional sobre diagnóstico, tratamiento y seguimiento cardiológico de la enfermedad de Kawasaki. Anales de Pediatría, 2018;89:188.e1–188.e22. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), 6ª ed., 2023, Tabela 5 (intervalo entre imunoglobulina e vacinas vivas).
- SBP. Nota de Alerta — SIM-P, 07/08/2020 (teto do AAS). [PDF](#)

## 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.