

Vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein)

Critérios EULAR/PRINTO/PReS, pele, articulações, abdome, escroto e rim, analgesia, corticoide na dor abdominal e não na prevenção da nefrite, vigilância de urina e pressão arterial e seguimento, segundo SBP 2019, KDIGO 2025 e SHARE 2019

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 vasculite por IgA (VlgA), antiga púrpura de Henoch-Schönlein, é a **vasculite primária mais frequente da criança**: 90% dos casos antes dos 10 anos, média de 6 anos, muitas vezes após infecção de vias aéreas (SBP 2019). O diagnóstico é **clínico: púrpura palpável ou petéquias com predomínio em membros inferiores e nádegas, sem plaquetopenia**, mais dor abdominal, artrite ou artralgia, rim ou biópsia com IgA (EULAR/PRINTO/PReS 2010). **Plaquetas baixas sugerem outro diagnóstico; púrpura com febre e mau estado é doença meningocócica até prova em contrário (●)**. A maioria é autolimitada e **fica em casa**: hidratação, repouso relativo e **analgesia com paracetamol**; anti-inflamatório só sem envolvimento renal (SBP 2019). **O corticoide não previne a nefrite** (SBP 2019; KDIGO 2025) e fica para a dor abdominal moderada a intensa e outras formas graves, por decisão do especialista ou do hospital. **Dor abdominal intensa ou sangue nas fezes (invaginação), escroto agudo, síndrome nefrótica ou nefrítica e crise hipertensiva são ●**. O prognóstico depende do rim: **urina e pressão arterial no diagnóstico e ao menos mensalmente por 6 meses** (KDIGO 2025), e seguimento de longo prazo com o reumatologista pediátrico (SBP 2019). A nefrite é conduzida conforme o documento de Nefrologia.

1. O que é e como se apresenta

Vasculite de **pequenos vasos por imunocomplexos com IgA1 deficiente em galactose**, que se depositam na pele, nas articulações, no intestino e no rim; é a mesma doença de base da nefropatia por IgA (ver "**Nefropatia por IgA e Vasculite por IgA (Púrpura de Henoch-Schönlein)**", Nefrologia). **Epidemiologia (SBP 2019)**: 3 a 30 casos por 100.000 crianças por ano, predomínio masculino (1,5:1), mais no outono e no inverno; gatilhos possíveis: infecções de vias aéreas (30% a 50%), medicamentos e alimentos.

Critérios de classificação EULAR/PRINTO/PReS (Ankara 2008, publicados em 2010), adotados pela SBP (2019) e pela AEP (2020):

CRITÉRIO	DEFINIÇÃO
Obrigatório	Púrpura (geralmente palpável) ou petéquias com predomínio em membros inferiores, não relacionada a plaquetopenia ; distribuição atípica exige biópsia com IgA (AEP 2020)
+ pelo menos 1 de	
Dor abdominal	Aguda, em cólica, difusa; inclui invaginação e sangramento digestivo
Histopatologia	Vasculite leucocitoclástica ou glomerulonefrite proliferativa com depósito predominante de IgA
Artrite ou artralgia	Aguda, com edema, dor ou limitação
Nefrite	Proteinúria > 0,3 g/24 h ou relação albumina/creatinina > 30 mmol/mg; hematúria > 5 hemácias/campo ou cilindros hemáticos

Manifestações e frequências (SBP 2019):

- **Pele (100%):** petéquias e púrpura elevadas que não clareiam à vitropressão, em membros inferiores e nádegas, indolores; **surtos a cada semana, por 1 a 2 meses**, sem cicatriz. **Edema subcutâneo** doloroso de mãos, pés e couro cabeludo em cerca de 30%; lesões vesicobolhosas hemorrágicas em até 2%.
- **Articulações (69% a 79%):** artrite ou artralgia aguda e migratória de **joelhos e tornozelos**; pode preceder a púrpura e imitar febre reumática ou leucemia.
- **Abdome (50% a 62%):** dor periumbilical em cólica, vômitos, diarreia com sangue; **precede a púrpura em cerca de 20%** e imita apendicite. Dor intensa em 17% a 32%, sangramento digestivo em 10% a 17%. **A complicação aguda mais grave é a invaginação (até 3,5%), em geral ileoileal; ultrassom é o exame de escolha.**
- **Escroto (9% a 20% dos meninos):** edema escrotal agudo e doloroso (orquite ou orquiepididimite), às vezes antes da púrpura; **o Doppler confirma e é obrigatório afastar torção.** Petéquias na bolsa, sozinhas, não são orquite.
- **Rim (20% a 80%):** hematúria e/ou proteinúria, em geral **transitórias e nos 3 primeiros meses**; síndrome nefrótica, nefrítica, lesão renal aguda ou crônica em 1% a 5%, às vezes anos depois. Na série espanhola, a nefrite surgiu em 84% até a 4ª semana, 91% até a 6ª e 97% até o 6º mês (AEP 2020).
- **Raros:** hemorragia pulmonar, vasculite cerebral.

Curso: autolimitado em 2 a 6 semanas; **recorrência em até 33%**, em geral nos 4 meses seguintes, mais com envolvimento renal (AEP 2020).

Edema agudo hemorrágico do lactente (4 a 24 meses, grandes placas purpúricas em medalhão na face, orelhas e membros, com edema e bom estado) é considerado variante da VlgA pela SBP (2019): ver "**Vasculites cutâneas e edema agudo hemorrágico do lactente**".

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Púrpura com ou sem artralgia ou artrite, dor abdominal leve ou ausente, bom estado, hidratado, aceitando via oral , plaquetas normais, PA normal e urina normal	Casa: hidratação, repouso relativo, paracetamol; urina e PA no diagnóstico, em 1 semana e depois mensalmente por 6 meses (KDIGO 2025); depois, seguimento de longo prazo com o reumatologista pediátrico (encaminhamento eletivo — SBP 2019). Hematúria microscópica isolada com PA e função renal normais mantém essa vigilância, sem anti-inflamatório (SBP 2019)
● Moderada	Urina alterada pelos critérios do documento de Nefrologia — proteinúria persistente, hematúria com proteinúria ou alteração da função renal — , sem síndrome nefrótica ou nefrítica; PA ≥ p95 sem sintomas ; dor abdominal moderada sem sinais de obstrução ou sangramento, aceitando líquidos; artrite que impede andar; edema subcutâneo intenso, lesões bolhosas ou necróticas; envolvimento escrotal com torção já excluída ; púrpura atípica ou recorrente	Urina alterada ou PA elevada: encaminhar com urgência ao nefrologista pediátrico (condutas renais no documento de Nefrologia); dor abdominal moderada: avaliação no mesmo dia em serviço com ultrassom, e corticoide por decisão do especialista ou do hospital; demais: reavaliação em 24–48 h e encaminhamento prioritário ao reumatologista pediátrico
● Grave	Dor abdominal intensa , vômitos persistentes ou biliosos, sangue nas fezes , distensão, letargia ou palidez (invaginação, isquemia, perfuração); escroto agudo doloroso sem torção excluída; síndrome nefrótica ou nefrítica , oligúria, edema importante, queda da função renal; crise hipertensiva ou hipertensão com sintomas; hemoptise ou dispneia (hemorragia pulmonar); convulsão, cefaleia intensa, alteração de consciência; desidratação ou recusa de via oral; púrpura com febre e mau estado , ou com plaquetopenia (outro diagnóstico)	Pronto-socorro/hospital imediato (cirurgião pediátrico, nefrologia, UTI conforme o caso): estabilizar, oxigênio para SpO2 entre 94% e 98% se necessário, acesso venoso, SAMU (192) se instável

Fatores que elevam a gravidade e o risco renal

- Fatores de mau prognóstico renal (AEP 2020): **início após os 8 anos**, acometimento abdominal, **púrpura persistente**, síndrome nefrítica ou nefrótica (risco 12 vezes maior de dano renal permanente que só alteração do sedimento), hipertensão e insuficiência renal no início; meninas têm risco 2,5 vezes maior de sequela renal.

- **Dor abdominal intensa ou sangramento digestivo** e edema escrotal (complicações agudas — SBP 2019).
- Seguimento não garantido (sem acesso a urina e PA nos retornos).

3. Diagnóstico no consultório

É clínico na púrpura típica com plaquetas normais (SBP 2019; AEP 2020). **Em toda criança com púrpura:** vitropressão e palpação das lesões, temperatura, estado geral, **PA com manguito adequado** (bolsa $\approx$ 40% da circunferência do braço), **fita urinária**, palpação abdominal entre as cólicas, **exame do escroto** em todo menino e das articulações.

Exames:

- **Hemograma com plaquetas** (nunca baixas na VIgA — plaquetopenia aponta para PTI, leucemia, SHU ou coagulação intravascular), PCR e VHS (normais ou elevadas), coagulograma se houver dúvida.
- **Urina tipo 1** (hematúria, dismorfismo, cilindros) e **relação proteína/creatinina** em amostra isolada; **ureia e creatinina** se a urina estiver alterada ou a PA elevada (SBP 2019; KDIGO 2025).
- **Ultrassom abdominal** na dor abdominal moderada a intensa (invaginação, edema de parede); **Doppler escrotal** no escroto doloroso, no serviço de urgência.
- **Biópsia de pele** só na púrpura atípica (lesões extensas ou difusas, dúvida diagnóstica), em **lesão recente (< 24–48 h)**, porque os depósitos de IgA desaparecem depois (AEP 2020). **Biópsia renal** pelo nefrologista: síndrome nefrótica ou nefrítica, lesão renal aguda ou crônica, hematúria ou proteinúria $> 0,1 \text{ g/m}^2/\text{dia}$ persistente por mais de 3 meses (SBP 2019); critérios de proteinúria do KDIGO 2025 no documento de Nefrologia.

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

- **Doença meningocócica e seps** — púrpura com febre, mau estado, lesões que progridem em horas (●).
- **PTI e leucemia** — petéquias com plaquetopenia; leucemia também com dor óssea e outras citopenias (ver "Púrpura trombocitopênica imune (PTI) na criança").
- **Abdome cirúrgico** — apendicite, invaginação; **torção testicular** (ver "Escroto agudo").
- Lúpus, poliarterite nodosa, vasculites associadas ao ANCA, doença inflamatória intestinal, Behçet, febre familiar do Mediterrâneo; dengue, mononucleose, citomegalovírus; glomerulonefrite pós-estreptocócica; doença relacionada a IgG4.
- **Maus-tratos** — equimoses em locais atípicos com plaquetas e coagulação normais.

4. Tratamento e seguimento

Formas leves (a maioria) — suporte em casa (SBP 2019): hidratação; **repouso relativo no primeiro mês**, porque a atividade física pode reativar a púrpura; dieta conforme tolerância; remover o gatilho provável (medicamento suspeito, tratar infecção estreptocócica documentada). As lesões de pele **não respondem a anti-inflamatório nem a anti-histamínico**; colchicina ou dapsona ficam com o especialista na púrpura recidivante ou crônica.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Paracetamol (dor)	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Enquanto houver dor; reavaliar após 48–72 h	Máx. 75 mg/kg/dia ; teto por dose da apresentação (bulas: gotas 200 mg/mL máx. 35 gotas, suspensão 32 mg/mL máx. 15 mL e 100 mg/mL máx. 2,5 mL abaixo de 12 anos; comprimidos só a partir de 12 anos; nunca > 1 g/dose). Analgésico de escolha (SBP 2019; padrão do site)
Dipirona (dor)	15 mg/kg/dose	6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Não usar < 3 meses ou < 5 kg (bula; padrão do site)
Naproxeno (artrite)	10 mg/kg/dia	12/12 h	1 a 2 semanas	Só com artrite e sem envolvimento renal (sem hematúria, proteinúria, lesão renal), sem sangramento digestivo (SBP 2019)
Ibuprofeno (alternativa ao naproxeno)	5–10 mg/kg/dose	6–8 h (máx. 200 mg/dose e 800 mg/dia)	Curta	A partir de 6 meses; mesmas restrições do naproxeno; evitar na suspeita de dengue ou desidratação (padrão do site; SBP 177/2024)
Ranitidina (sintomas digestivos)	5 mg/kg/dia	12/12 h	Enquanto houver sintomas	SBP 2019 indica em todo paciente com sintomas gastrintestinais, mesmo leves. Nota (Anvisa): a partir de 09/2019 a Anvisa suspendeu a importação e o uso do insumo de vários fabricantes por contaminação com nitrosamina (NDMA), e lotes foram recolhidos em 2019–2020; a disponibilidade no Brasil é limitada; na falta, a escolha do protetor gástrico é do especialista
Prednisolona ou prednisona (formas graves)	1–2 mg/kg/dia	1x/dia	3 a 7 dias, com redução em 2 a 6 semanas	SBP 2019. Máx. 60 mg/dia (AEP 2020). Dor abdominal moderada a intensa, sangramento digestivo, orquiepididimite, nefrite grave, hemorragia pulmonar, comprometimento neuropsiquiátrico. Na dor abdominal, só após afastar abdome cirúrgico (AEP 2020). Decisão do especialista ou do hospital
Metilprednisolona IV em pulso	30 mg/kg/dia (máx. 1 g)	1x/dia	3 dias	SBP 2019: nefrite grave, sangramento digestivo, invaginação. Hospital

O corticoide não previne a nefrite: não use "para proteger o rim" na criança sem acometimento renal ou com micro-hematuria isolada (SBP 2019; KDIGO 2025, Recomendação 1.9.1.1, grau 1B, e Practice Point 1.10.1.2). Ele encurta a dor abdominal e articular e reduz o risco de invaginação, mas não muda a evolução renal nem as recorrências (AEP 2020).

Nefrite: conduta do nefrologista pediátrico, conforme "**Nefropatia por IgA e Vasculite por IgA**" (Nefrologia).

O que não usar: anti-inflamatório com nefrite, hipertensão, sangramento digestivo, suspeita de dengue ou desidratação; **ácido acetilsalicílico**; corticoide antes de afastar abdome cirúrgico ou torção; anti-histamínico "para a púrpura".

Vigilância renal — conduta do site (igual à do documento de Nefrologia):

1. **Urina tipo 1 com relação proteína/creatinina e PA no diagnóstico**, mesmo sem alteração inicial.
2. **Retorno em 1 semana e ao menos mensalmente por 6 meses** (KDIGO 2025), e a cada recorrência da púrpura. A AEP (2020) e a UKKA/RCPCH (2022) começam com controles semanais.
3. Depois, **seguimento de longo prazo com o reumatologista pediátrico e função renal periódica, por toda a vida** (SBP 2019): num estudo brasileiro, 28% das crianças sem nefrite nos 3 primeiros meses tiveram alteração renal anos depois. Na gestação futura, pré-natal atento (SBP 2019).
4. **Encaminhar com urgência ao nefrologista pediátrico (🟡)** se houver proteinúria persistente, hematuria com proteinúria, alteração da função renal ou **PA ≥ p95 sem sintomas** (critérios do documento de Nefrologia). Síndrome nefrótica ou nefrítica, oligúria, edema importante, queda da função renal e crise hipertensiva ou hipertensão com sintomas são 🟠 (pronto-socorro).

Vacinas: sem restrição na forma leve; em uso de corticoide em dose alta ou imunossupressor, seguir "Vacinação da criança imunocomprometida e com doenças crônicas (CRIE)".

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Todos os critérios da linha 🟠, em especial: **dor abdominal intensa ou sangue nas fezes** (invaginação), **escroto doloroso** até excluir torção, **síndrome nefrótica ou nefrítica e crise hipertensiva** (PA ≥ p95 + 30 mmHg abaixo de 13 anos; > 180/120 mmHg no adolescente; ou hipertensão com sintomas). Também: dor que não cede com analgesia oral e artrite que exige internação.

Como encaminhar

1. **Abdome:** jejum, analgesia, **sem corticoide antes do ultrassom e do cirurgião**; hidratação IV se desidratada (ver "Invaginação intestinal na criança").

2. **Escroto:** encaminhar sem pedir exame, com a hora do início da dor, em jejum (ver "Escroto agudo").
3. **Rim e PA:** não baixar a PA no consultório nem dar nifedipino de liberação imediata; **sem expansão** se houver edema ou oligúria (ver "Crise hipertensiva na criança e no adolescente").
4. **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).
5. **Oxigênio para SpO2 entre 94% e 98%** se necessário; acesso venoso; **SAMU (192)** se instável; contato prévio com o serviço.
6. **Relatório:** início e evolução da púrpura, fotos, PA, fita urinária, hemograma, medicamentos já usados.

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

- "As manchas são inflamação dos vasinhos, não falta de plaquetas; podem voltar em ondas por semanas e somem sem cicatriz."
- "Repouso relativo no primeiro mês: nada de esporte ou brincadeiras muito intensas, que podem trazer novas manchas."
- "Para dor, paracetamol (ou dipirona) na dose do peso. Não dê ibuprofeno ou outros anti-inflamatórios sem o médico liberar."
- "O mais importante é o rim: **faça o exame de urina e meça a pressão em todos os retornos, todo mês por pelo menos 6 meses, mesmo sem manchas.** Depois, o acompanhamento continua com o reumatologista."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** dor de barriga forte ou em crises, vômitos que não param ou verdes, sangue nas fezes, criança pálida e mole; **testículo inchado ou dolorido;** urina escura, com sangue ou em pouca quantidade; inchaço do rosto ou do corpo; dor de cabeça forte, convulsão ou sonolência; tosse com sangue ou falta de ar; manchas roxas com febre e criança abatida.

7. Comparação com as referências

Versões consultadas: SBP — DC de Reumatologia nº 5 (11/2019), o mais recente; MS — sem protocolo de VlgA localizado; AAP — sem diretriz localizada; NICE — sem diretriz NG (o resumo CKS não é acessível fora do Reino Unido e não é conteúdo do NICE); AEP — Borlán Fernández, Protocolos de Reumatología Pediátrica (2020); Johns Hopkins — sem posição pediátrica localizada; Harvard — Boston Children's Hospital, página Henoch-Schönlein purpura (sem data); Oxford e Cambridge — sem protocolo local localizado; no Reino Unido, UK Kidney

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Diagnóstico	EULAR/PRINTO/PReS; plaquetas nunca baixas	Sem posição específica localizada	Sem diretriz localizada	Sem diretriz localizada	EULAR/PRINTO/PReS; biópsia de pele se atípica, lesão < 24–48 h	Sem posição específica localizada	Critérios do ACR	Sem protocolo local; UKKA: EULAR/PRINTO/PReS
Analgesia e AINE	Paracetamol; naproxeno só sem envolvimento renal	—	—	—	AINE ou paracetamol; AINE aceito com micro-hematúria isolada	—	Hidratação e analgesia	UKKA: analgesia adequada e repouso
Corticoide	Não previne nefrite; dor abdominal moderada a intensa, orquite, nefrite grave	—	—	—	Controverso; após afastar abdome cirúrgico; máx. 60 mg	—	Uma das opções	—
Vigilância renal	Urina e função renal por toda a vida	—	—	—	Semanal no 1º mês, quinzenal no 2º–3º, 6º e 12º mês	—	Sem duração definida	UKKA: urina frequente por 6 meses; PA no diagnóstico
Encaminhamento	Reumatologista em todos; nefrologista se nefrite	—	—	—	Nefrologia se proteinúria grave ou queda da filtração	—	—	UKKA: especialista se digestivo grave, nefrite significativa, SNC, pulmão
Internação	Formas graves (digestivo, nefrite, escroto)	—	—	—	Maioria ambulatorial	—	—	—

Leitura: as referências convergem no diagnóstico clínico pelos critérios EULAR/PRINTO/PReS com plaquetas normais, no tratamento de suporte em casa na maioria dos casos, na ideia de que o corticoide **não previne a nefrite** e fica para as formas graves, e na necessidade de rastrear o rim mesmo com urina inicial normal, porque a nefrite surge quase sempre nos primeiros meses. As divergências: **anti-inflamatório** — a SBP o restringe a quem não tem nenhum envolvimento renal, a AEP o aceita com micro-hematúria isolada; **frequência do rastreo** — o KDIGO 2025 pede ao menos mensal por 6 meses, a AEP e a UKKA/RCPCH começam semanal, e a SBP estende o seguimento da função renal por toda a vida; **corticoide** — a SBP o indica sempre nas formas graves, a AEP o chama de controverso e fixa teto de 60 mg; **protetor gástrico** — só a SBP indica ranitidina de rotina nos sintomas digestivos. O Ministério da Saúde, a AAP e o NICE não têm protocolo específico. **O site adota a SBP** (critérios, analgesia, restrição do anti-inflamatório, indicações e doses do corticoide, seguimento de longo prazo) e, onde a SBP não fixa frequência, o mínimo do KDIGO 2025, igual ao documento de Nefrologia.

PONTOS PRÁTICOS

1. Púrpura palpável em pernas e nádegas com plaquetas normais é vasculite por IgA; com febre e mau estado, trate como doença meningocócica (●).
2. Em toda consulta: PA, fita urinária, abdome entre as cólicas e escroto em todo menino.
3. Forma leve fica em casa com hidratação, repouso relativo e paracetamol; anti-inflamatório só sem qualquer alteração renal.
4. Corticoide alivia a dor abdominal, mas não previne a nefrite: não use para "proteger o rim"; na dor moderada a intensa, só depois de afastar invaginação e abdome cirúrgico, por decisão do especialista ou do hospital.
5. Dor abdominal intensa, sangue nas fezes, escroto doloroso, síndrome nefrótica ou nefrítica e crise hipertensiva vão ao pronto-socorro.
6. Urina e PA no diagnóstico, em 1 semana e depois todo mês por 6 meses (KDIGO 2025); depois, seguimento de longo prazo com o reumatologista pediátrico e função renal (SBP 2019); urina alterada ou PA $\geq$ p95 sem sintomas: nefrologista pediátrico com urgência; nefrite segue o documento de Nefrologia.

Veja também, nesta Biblioteca: **Classificação e abordagem das vasculites na criança e Vasculites cutâneas e edema agudo hemorrágico do lactente** (nesta área); **Nefropatia por IgA e Vasculite por IgA (Púrpura de Henoch-Schönlein)** e **Lesão renal aguda na criança** (Nefrologia); **Hematúria, proteinúria e edema** e **Dor abdominal aguda** (Patologias do consultório); **Invaginação intestinal na criança** e **Escroto agudo — torção testicular, torção de apêndice e orquiepididimite** (Cirurgia pediátrica); **Púrpura trombocitopênica imune (PTI) na criança** (Hematologia); **A pele como sinal de doença sistêmica na criança** (Dermatologia); **Crise hipertensiva na criança e no adolescente** (Urgências); **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](#)
- 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](#)
- Ozen S et al. European consensus-based recommendations for diagnosis and treatment of immunoglobulin A vasculitis — the SHARE initiative. *Rheumatology (Oxford)*, 2019;58:1607–

1616. [PubMed](#) (resumo; recomendações sobre corticoide citadas pela AEP 2020)

- KDIGO. KDIGO 2025 Clinical Practice Guideline for the Management of Immunoglobulin A Nephropathy (IgAN) and Immunoglobulin A Vasculitis (IgAV). *Kidney Int*, 2025;108(4S):S1–S71 (Practice Point 1.10.1.2). [PDF](#)
- AEP. Borlán Fernández S. Vasculitis por IgA (púrpura de Schönlein-Henoch). *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Reumatología Pediátrica*, 2020;2:225–238. [PDF](#)
- UK Kidney Association e RCPCH. Oni L et al. Clinical Practice Guideline — The initial management of IgA vasculitis (Henoch Schönlein Purpura) in children and young people, versão final de dezembro de 2022 (publicada em 22/05/2023). [PDF](#)
- Boston Children's Hospital. Henoch-Schönlein purpura (HSP) (página institucional, sem data). childrenshospital.org
- Documentos do site: Nefropatia por IgA e Vasculite por IgA (Nefrologia, conduta renal e KDIGO 2025); Invaginação intestinal na criança; Escroto agudo; A pele como sinal de doença sistêmica na criança; padrões de antitérmicos e de ceftriaxona na púrpura febril (PADRÕES do site).

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 · 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.