

Vasculites cutâneas e edema agudo hemorrágico do lactente

Edema agudo hemorrágico do lactente, vasculite leucocitoclástica por medicamentos e infecções, vasculite urticariforme normo e hipocomplementêmica, crioglobulinemia, quando biopsiar e quando a vasculite da pele é sistêmica

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 cutânea de pequenos vasos (leucocitoclástica) aparece como **púrpura palpável**, placas purpúricas ou urticas que duram mais de 24 horas. Na criança, quase sempre é **primária e benigna**: vasculite por IgA na grande maioria, vasculite de hipersensibilidade (medicamentos, infecções) e, no lactente, o **edema agudo hemorrágico do lactente** (EAH) — grandes placas purpúricas em medalhão na face, orelhas e membros, com edema, em bebê de 4 a 24 meses em **bom estado**, que somem em 1 a 3 semanas (AEP 2020; SBP 2019, que o considera variante da vasculite por IgA). **A primeira pergunta é sempre a mesma**: a púrpura tem febre, mau estado ou progride em horas? Então é **doença meningocócica até prova em contrário (🔴)**, e o lactente febril com púrpura é avaliado no pronto-socorro mesmo com aspecto de EAH. A segunda: **as plaquetas estão normais?** Com criança bem, plaquetas normais, **urina e pressão arterial normais**, o tratamento é em casa: afastar o gatilho, analgesia e retorno. **Urticas que duram mais de 24 horas, doem e deixam mancha (vasculite urticariforme)**, púrpura persistente, necrose, nódulos ou complemento baixo pedem **biópsia** e encaminhamento ao dermatologista ou reumatologista pediátrico. Febre prolongada, artrite, dor abdominal, urina alterada, hipertensão ou sintomas respiratórios indicam vasculite sistêmica.

1. O que é e como se apresenta

Vasculite leucocitoclástica é a inflamação neutrofílica das vênulas da derme, com fragmentação de núcleos, extravasamento de hemácias e depósito de imunocomplexos. Chapel Hill 2012 chama a forma limitada à pele de **angiite leucocitoclástica cutânea** (órgão único) e coloca a vasculite por IgA, a crioglobulinêmica e a urticariforme hipocomplementêmica (anti-C1q) entre as **vasculites por imunocomplexos**; a classificação pediátrica EULAR/PreS 2006 as inclui entre as de pequenos vasos não granulomatosas. **Na criança, a vasculite cutânea é quase sempre primária**: numa série de 131 crianças, 130 tinham vasculite primária (116 vasculite por IgA e 14 vasculite de hipersensibilidade), enquanto nos adultos a causa secundária (vasculite sistêmica necrosante, doença do tecido conjuntivo, infecção bacteriana grave, neoplasia) foi bem mais comum (Blanco 1998).

Edema agudo hemorrágico do lactente (síndrome de Finkelstein-Seidlmayer)

- **Idade**: 4 a 24 meses, com frequência após infecção de vias aéreas (AEP 2020).
- **Pele**: início **abrupto** de placas purpúricas grandes, edematosas, em **medalhão ou cocar**, e equimoses, na **face, orelhas e membros, poupando o tronco**, com **edema** de mãos, pés, face e orelhas (AEP 2020); a SBP (2019) descreve o predomínio malar e o **edema indolor de mãos e pés**.

- **Febre e bom estado geral** — o contraste entre as lesões dramáticas e o bebê bem é a pista. Visceras raramente acometidas (AEP 2020).
- **Evolução: remissão espontânea em 1 a 3 semanas**, podendo recorrer (AEP 2020).
- **Classificação:** variante da vasculite por IgA para a SBP (2019); entidade de limites incertos para a AEP (2020). Numa coorte holandesa de 89 crianças com EAH, 9 passaram a vasculite por IgA; a revisão foi mais provável com **maior idade (mediana de 37 contra 15 meses), lesões dolorosas e nenhuma lesão que clareia**, e 7 desses 9 tiveram complicações (Arnold 2026).

Vasculite leucocitoclástica cutânea por medicamentos e infecções (vasculite de hipersensibilidade)

- Inflamação dos vasos da pele por reação a um agente sensibilizante; **na criança, medicamentos e infecções são os gatilhos comuns** (PRINTO 2016).
- Púrpura palpável **simétrica em áreas de declive**, às vezes com vesículas hemorrágicas ou pequenas úlceras, dias a semanas após o fármaco ou a infecção; regride em semanas após a retirada do gatilho.
- Gatilhos a perguntar: antibióticos (a SBP 2019 cita penicilinas e cefalosporinas, além do ácido acetilsalicílico, entre os desencadeantes da vasculite por IgA), anticonvulsivantes, anti-inflamatórios; infecção estreptocócica e viroses, inclusive hepatites B e C. No adolescente, **cocaína adulterada com levamisol** (púrpura retiforme, necrose de orelhas, ANCA falso-positivo — PCDT MS 2025).
- **Diferencial do mesmo período: a reação semelhante à doença do soro** (1 a 3 semanas após cefaclor ou amoxicilina, placas urticariformes ou equimóticas, febre, artralgia ou artrite de mãos e pés, edema, sem mucosa) segue os documentos "Urticária aguda" e "Alergia a medicamentos".

Vasculite urticariforme

- **Urticas que duram mais de 24 horas, dolorosas ou com ardor**, que **deixam púrpura ou hiperpigmentação**; pode haver angioedema, artralgia e febre (documentos de Urticária do site).
- **Normocomplementêmica:** em geral limitada à pele e à artralgia leve.
- **Hipocomplementêmica (anti-C1q):** complemento persistentemente baixo e acometimento de múltiplos órgãos (PRINTO 2016). Na criança é **rara** (28 casos descritos), com **rim acometido em 82%**, nefrite lúpica frequente e mutações de **DNASE1L3** (lúpus monogênico) em irmãos (Taş 2025): com complemento baixo, pense em **lúpus**.

Crioglobulinemia (rara na criança)

- Vasculite por imunocomplexos que precipitam no frio: púrpura (sobretudo em extremidades), fenômeno de Raynaud, úlceras, artralgia, glomerulonefrite e neuropatia periférica (Liou 2013).

- Numa série de Taiwan, as 18 crianças tiveram mais **febre prolongada, artrite e pele** que os adultos, e a **hepatite B** foi a associação mais frequente (Liou 2013).
- A dosagem de crioglobulinas exige técnica especial do laboratório e deve ser pedida sobretudo quando a púrpura predomina em extremidades (SHARE 2019).

Outras vasculites que começam pela pele: poliarterite cutânea (nódulos dolorosos, livedo, úlceras), vasculite associada ao ANCA, lúpus, vasculite séptica (endocardite, meningococemia, gonococemia) — ver "Classificação e abordagem das vasculites na criança".

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Criança em bom estado, sem febre (ou febre já esclarecida e doença grave excluída no serviço), plaquetas normais, PA e urina normais ; vasculite leucocitoclástica com gatilho provável (medicamento suspenso, infecção tratada); EAH típico (lactente de 4 a 24 meses, bem, lesões em medalhão, doença meningocócica e sepse já afastadas)	Casa: retirar o gatilho, analgesia, elevar os membros se edema; urina e PA no diagnóstico e no retorno em 1–2 semanas; voltar antes se piorar
● Moderada	Urticas > 24 h dolorosas que deixam mancha (suspeita de vasculite urticariforme); púrpura persistente ou recorrente sem gatilho; lesões necróticas ou ulceradas limitadas , nódulos, livedo persistente; C3 ou C4 baixos ; urina alterada (proteinúria persistente, hematúria com proteinúria ou alteração da função renal, sem síndrome nefrótica ou nefrítica — critérios do documento de Nefrologia) ou PA ≥ p95 sem sintomas ; artralgia com febre baixa; "EAH" com traços de vasculite por IgA (acima de 2 anos, lesões dolorosas, nenhuma lesão que clareia)	Exames iniciais e biópsia; encaminhamento prioritário ao dermatologista ou reumatologista pediátrico; urina alterada ou PA ≥ p95 sem sintomas: encaminhar com urgência ao nefrologista pediátrico ; EAH atípico: seguir como vasculite por IgA; reavaliar em 24–48 h
● Grave	Púrpura com febre, mau estado, extremidades frias ou lesões que progridem em horas (doença meningocócica, sepse, endocardite); lactente febril com púrpura até exclusão; necrose extensa ou púrpura fulminante ; plaquetopenia com sangramento ou sinais de leucemia; vasculite com hemoptise, síndrome nefrótica ou nefrítica, oligúria, crise hipertensiva ou hipertensão com sintomas, abdome agudo ou sinais neurológicos ; angioedema de língua, úvula ou laringe, anafilaxia; bolhas, descolamento ou erosões em 2 ou mais mucosas (SSJ/NET); febre em uso de biológico ou inibidor de JAK	Pronto-socorro/hospital imediato: estabilizar, oxigênio para SpO2 entre 94% e 98%, acesso venoso; púrpura febril — ceftriaxona antes da transferência; anafilaxia — adrenalina IM; SAMU (192)

Fatores que elevam a gravidade

- Lactente pequeno, imunodeficiência, asplenia, vacina meningocócica atrasada (documento de Dermatologia do site).
- Lesões que progridem em horas, febre com prostração, necrose; complemento baixo persistente; ANCA ou FAN positivos.
- Dor abdominal, urina alterada ou PA elevada — a vasculite deixou de ser só da pele.

3. Diagnóstico no consultório

Passo a passo:

1. **Vitropressão e palpação: palpável = vasculite**; lisa com plaquetas baixas = PTI ou outra causa.
2. **Temperatura, estado geral, perfusão** — púrpura febril é  (NICE NG240: púrpura > 2 mm ou que se espalha rápido é sinal de alerta de doença meningocócica).
3. **Distribuição**: declive e nádegas (IgA, hipersensibilidade); face, orelhas e membros no lactente (EAH); urticas fixas (urticariforme); extremidades (crioglobulinemia); nódulos e livedo (poliarterite cutânea).
4. **Medicamentos e infecções das últimas semanas**, drogas no adolescente, fotos.
5. **PA, fita urinária, articulações, abdome e escroto**.

Exames:

- **Hemograma com plaquetas e esfregaço**, PCR, coagulograma na púrpura extensa ou no lactente; hemocultura se febre.
- **Urina tipo 1 com relação proteína/creatinina**, creatinina se urina alterada ou PA elevada.
- **C3 e C4** (urticcas fixas, suspeita de lúpus ou crioglobulinemia), **FAN**; ASLO; sorologias para **hepatites B e C** (crioglobulinemia, poliarterite); **ANCA** se houver sinais sistêmicos; crioglobulinas se púrpura acral, Raynaud ou C4 baixo.

Quando biopsiar a pele (pelo dermatologista ou reumatologista):

- **Púrpura atípica** (distribuição difusa ou extensa) ou dúvida diagnóstica — na vasculite por IgA típica a biópsia **não é necessária** (AEP 2020).
- **Urticcas que duram mais de 24 horas** (vasculite urticariforme) — encaminhar para biópsia e investigação (documentos de Urticária do site).
- Púrpura **persistente ou recorrente** sem gatilho, **necrose, úlceras, nódulos** ou livedo; suspeita de vasculite sistêmica.
- **Como**: em **lesão recente (menos de 24–48 horas)**, com **imunofluorescência direta** (IgA, IgM, C3), porque os depósitos desaparecem depois (AEP 2020); nos nódulos e no livedo da

poliarterite, **biópsia profunda (cirúrgica)** em vez de punch (SHARE 2019).

- **EAH típico não precisa de biópsia.**

Quando a vasculite da pele é sistêmica (ver "Classificação e abordagem das vasculites na criança"): febre prolongada, emagrecimento, artrite, dor abdominal, hematúria ou proteinúria, hipertensão, tosse com sangue, sinusite destrutiva, mononeurite, livedo persistente, nódulos, complemento baixo, ANCA ou FAN positivos. Na criança, a investigação da vasculite cutânea pode ser simples quando o quadro é típico; ela se amplia diante desses sinais (Blanco 1998; SHARE 2019).

Diagnóstico diferencial que não pode passar: doença meningocócica e sepse; **PTI e leucemia;** coagulação intravascular; endocardite; dengue (prova do laço com ≥ 10 petéquias — MS); eritema multiforme e SSJ/NET; urticária comum e multiforme (somem em menos de 24 h); **maus-tratos** (equimoses com padrão de objeto ou no lactente que não anda — notificação obrigatória (compulsória) ao Conselho Tutelar).

4. Tratamento e seguimento

O que o pediatra faz:

- **Retira o gatilho:** suspende o medicamento suspeito e o registra como reação adversa; trata a infecção documentada. Repouso relativo e **elevação dos membros** se houver edema.
- **Analgesia:** **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) — padrão do site. **Evitar anti-inflamatório** se houver urina alterada, hipertensão ou sangramento, e durante urticas (podem agravá-las).
- **Prurido ou urticas:** anti-H1 de **segunda geração**, conforme idade e bula ("Urticária aguda"); sem anti-histamínicos sedativos (padrão do site). Na púrpura da vasculite por IgA, eles não ajudam (SBP 2019).
- **EAH:** suporte e analgesia; **sem corticoide nem antibiótico** de rotina, uma vez excluída a infecção grave; urina e PA no diagnóstico e no retorno, porque parte dos casos é vasculite por IgA (Arnold 2026).
- **Seguimento:** retorno em 1–2 semanas com urina e PA; púrpura que persiste ou volta pede reavaliação. Na vasculite por IgA, seguir o documento próprio (urina e PA em 1 semana, depois mensal por 6 meses — KDIGO 2025 — e seguimento de longo prazo — SBP 2019).

O que é do especialista:

- **Vasculite urticariforme:** com lesões só de pele ou artralgia leve, a escada da urticária crônica (anti-H1 de segunda geração, omalizumabe, ciclosporina); nas formas mais graves e na hipocomplementêmica, abordagem multidisciplinar com corticoide sistêmico, dapsona,

hidroxicloroquina, anti-IL-1 ou rituximabe, com evidência baixa para todos (Rothermel 2025; Taş 2025).

- **Púrpura recidivante ou crônica:** colchicina ou dapsona (SBP 2019).
- **Crioglobulinemia:** tratar a causa (hepatite B ou C, lúpus) e o órgão acometido.
- **Corticoide sistêmico** na vasculite cutânea extensa ou necrótica: decisão do especialista.

O que não fazer: liberar púrpura febril sem avaliação no pronto-socorro; corticoide "para a mancha" antes de afastar infecção e leucemia; manter o medicamento suspeito; concluir "não é vasculite" pela biópsia de lesão com mais de 48 horas.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Púrpura com febre**, prostração, extremidades frias, taquicardia ou lesões que se espalham em horas — inclusive no **lactente com aspecto de EAH**, até exclusão de doença meningocócica e sepse.
- Púrpura com **plaquetopenia**, sangramento de mucosa ou sinais de leucemia.
- **Necrose extensa**, púrpura fulminante, bolhas hemorrágicas extensas.
- Sinais sistêmicos graves: **hemoptise**, oligúria, edema, **síndrome nefrótica ou nefrítica**, **crise hipertensiva**, dor abdominal intensa ou sangue nas fezes, convulsão ou déficit neurológico.
- **Angioedema** de língua, úvula ou laringe, ou **anafilaxia**; pele dolorosa com bolhas e duas ou mais mucosas (SSJ/NET).
- Febre em uso de biológico ou inibidor de JAK.

Como encaminhar

1. **Púrpura febril:** ceftriaxona **1ª dose 100 mg/kg IV/IM (máx. 4 g)** antes da transferência, se não atrasar a remoção (alternativa: penicilina cristalina) — padrão do site; oxigênio para SpO2 entre 94% e 98%; acesso venoso e cristalóide se choque, com equipe treinada; SAMU (192); máscara cirúrgica e aviso ao destino. Doença meningocócica é de notificação obrigatória (compulsória).
2. **Anafilaxia:** adrenalina 1 mg/mL **IM 0,01 mg/kg (máx. 0,3 mg na criança e 0,5 mg no adolescente)** no vasto lateral da coxa, repetir em 5–15 min se necessário (padrão do site).
3. **SSJ/NET:** suspender todos os medicamentos e levar a lista com doses e datas; cobrir a pele com lençol limpo (documento "Urticária, angioedema, eritema multiforme e SSJ/NET").
4. **Rim ou PA:** não baixar a PA no consultório; sem expansão com edema ou oligúria ("Crise hipertensiva na criança e no adolescente").
5. **Relatório:** fotos da evolução, medicamentos e datas, temperatura, PA, fita urinária, hemograma.

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

- "Aperte a mancha com um copo de vidro: se ela não some e a criança tem febre ou está abatida, vá imediatamente ao pronto-socorro."
- "No edema agudo hemorrágico, as manchas assustam, mas a doença é benigna e some sozinha em 1 a 3 semanas."
- "Não volte a dar o remédio suspeito; anote o nome. Tire fotos das manchas todos os dias."
- "Faça o exame de urina e meça a pressão no retorno, mesmo que as manchas tenham sumido."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** manchas roxas com febre ou criança abatida, mole ou fria; manchas que se espalham rápido; sangramento pelo nariz, gengiva ou urina; urina escura ou em pouca quantidade; inchaço do corpo; dor de barriga forte ou sangue nas fezes; inchaço da língua ou falta de ar; bolhas ou feridas na boca e nos olhos.

7. Comparação com as referências

Versões consultadas: SBP — DC de Reumatologia nº 5 (11/2019; EAH como variante da vasculite por IgA) e Diretrizes nº 118 (Urticária, 24/11/2023, sem seção sobre vasculite urticariforme); MS — sem protocolo de vasculite cutânea localizado (PCDT de vasculite associada ao ANCA, 2025, só para levamisol e ANCA); AAP — sem diretriz localizada; NICE — sem diretriz de vasculite cutânea; NG240 (19/03/2024) para a púrpura febril; AEP — Vasculitis por IgA, Protocolos de Reumatología Pediátrica (2020), com seção sobre EAH; Johns Hopkins — sem posição pediátrica localizada; Harvard — sem posição específica localizada; Oxford e Cambridge — sem protocolo local localizado. Apoio: PRINTO (2016), SHARE (2019), Arnold 2026, Taş 2025, Rothermel 2025, Liou 2013, Blanco 1998.

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
EAH — classificação	Variante da vasculite por IgA no lactente	Sem posição específica localizada	Sem diretriz localizada	Sem diretriz localizada	Não está claro se é entidade separada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
EAH — quadro	Púrpura malar e de membros, edema indolor de mãos e pés	—	—	—	4–24 meses, medalhões, poupa tronco, cura em 1–3 semanas	—	—	—
Púrpura febril	Doença meningocócica até prova em contrário (docu- mentos do site)	Ceftriaxona antes da trans- ferência (pa- drão do site)	—	NG240: púrpu- ra > 2 mm ou progressiva = alerta, hospital	—	—	—	Segue o NICE
Vasculite urticariforme	Sem posição na Diretriz de Urticária 2023	—	—	—	—	—	—	—
Biópsia de pele	Na púrpura atí- pica e dúvida diagnóstica (vasculite por IgA)	—	—	—	Púrpura atípi- ca; lesão < 24– 48 h com imunofluores- cência	—	—	—
Tratamento	Suporte; col- chicina ou dap- sona na púrpu- ra recidivante	—	—	—	Suporte; dap- sona ou colchi- cina nas recorrentes	—	—	—

Leitura: as nove referências quase não tratam das vasculites cutâneas isoladas da criança. Onde falam, concordam: a púrpura febril é doença meningocócica até prova em contrário (NICE NG240 e padrão do site), o EAH é benigno e autolimitado, a biópsia fica para a púrpura atípica e deve ser feita em lesão recente com imunofluorescência, e o tratamento é de suporte, com colchicina ou dapsona nas formas recidivantes. A divergência é conceitual: a **SBP (2019) trata o EAH como variante da vasculite por IgA**, enquanto a **AEP (2020)** o vê como entidade de limites incertos; uma coorte de 2026 mostrou que 1 em cada 10 diagnósticos de EAH vira vasculite por IgA, o que dá razão prática à SBP. **O site adota a SBP** — EAH é tratado como vasculite benigna do lactente, com urina e pressão arterial no diagnóstico e no retorno — e, para a vasculite urticariforme e a crioglobulinemia, sem posição da SBP nem do Ministério da Saúde, segue os consensos citados (Rothermel 2025; SHARE 2019) e os documentos de Urticária do site (urticas de mais de 24 horas = biópsia).

PONTOS PRÁTICOS

1. Toda púrpura: vitropressão, temperatura, estado geral e plaquetas; com febre ou mau estado, é doença meningocócica até prova em contrário — ceftriaxona e pronto-socorro.
2. Lactente de 4 a 24 meses, bem, com placas purpúricas em medalhão na face, orelhas e membros e edema: edema agudo hemorrágico, benigno, cura em 1–3 semanas; o febril é avaliado no pronto-socorro antes.
3. Acima de 2 anos, lesões dolorosas ou nenhuma lesão que clareia: pense em vasculite por IgA e siga com urina e pressão arterial.
4. Vasculite de hipersensibilidade: suspenda o medicamento suspeito, trate a infecção, analgesia com paracetamol ou dipirona.
5. Urticas que duram mais de 24 horas, doem e deixam mancha: vasculite urticariforme — C3, C4, FAN, biópsia de lesão recente e especialista; com complemento baixo, pense em lúpus.
6. Febre prolongada, artrite, dor abdominal, urina alterada, hipertensão ou tosse com sangue: a vasculite não é só da pele.

Veja também, nesta Biblioteca: **Classificação e abordagem das vasculites na criança e Vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein)** (nesta área); **A pele como sinal de doença sistêmica na criança** (Dermatologia); **Urticária, angioedema, eritema multiforme e SSJ/NET e Alergia a medicamentos** (Alergia e Imunologia); **Urticária aguda** (Patologias do consultório); **Púrpura trombocitopênica imune (PTI) na criança** (Hematologia); **Nefropatia por IgA e Vasculite por IgA (Púrpura de Henoch-Schönlein)** (Nefrologia); **Meningites bacterianas e virais na criança (após o período neonatal)** (Infectologia); **Protocolo de Anafilaxia e Lesão não acidental no pronto-socorro** (Urgências).

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, Departamentos Científicos de Alergia e de Dermatologia. Abordagem da urticária na criança e no adolescente. Diretrizes nº 118, 24/11/2023. [PDF](#)
- AEP. Borlán Fernández S. Vasculitis por IgA (púrpura de Schönlein-Henoch). Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Reumatología Pediátrica, 2020;2:225–238. [PDF](#)
- NICE. Meningitis (bacterial) and meningococcal disease: recognition, diagnosis and management. NG240, 19/03/2024. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)

- Ministério da Saúde. PCDT — Vasculite Associada aos Anticorpos Anti-citoplasma de Neutrófilos. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 5, de 01/07/2025. [PDF](#)
- PRINTO. Vasculite sistêmica primária juvenil rara — 8. Outras vasculites e doenças semelhantes (informação para famílias), versão de 2016. [printo.it](#)
- Ozen S et al. EULAR/PReS consensus criteria for the classification of childhood vasculitides. Ann Rheum Dis, 2006;65:936–941 [PMC](#); 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](#)
- Arnold SC et al. Acute Hemorrhagic Edema of Infancy: A Safe Diagnosis or a Diagnostic Challenge? A 15 Year Retrospective Analysis. Pediatr Dermatol, 2026;43:1061–1069. [PubMed](#)
- Taş Ö, Aydın F, Özçakar ZB. Treatment and long-term follow-up of pediatric patients with hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome (HUVS): a case-based review. Clin Rheumatol, 2025;44:3109–3118. [PubMed](#)
- Rothermel ND et al. Managing Urticarial Vasculitis: A Clinical Decision-Making Algorithm Based on Expert Consensus. Am J Clin Dermatol, 2025;26:61–75. [PubMed](#)
- Liou YT et al. Comparison of cryoglobulinemia in children and adults. J Microbiol Immunol Infect, 2013;46:59–64. [PubMed](#)
- Blanco R et al. Cutaneous vasculitis in children and adults. Associated diseases and etiologic factors in 303 patients. Medicine (Baltimore), 1998;77:403–418. [PubMed](#)
- Documentos do site: A pele como sinal de doença sistêmica na criança (Dermatologia); Urticária aguda (Patologias do consultório); Urticária, angioedema, eritema multiforme e SSJ/NET e Alergia a medicamentos (Alergia); padrões de antitérmicos, ceftriaxona na púrpura febril e adrenalina (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

