

Citomegalovírus congênito e herpes simples neonatal

Novos protocolos da Johns Hopkins All Children's (06 e 07/2025), a recusa da triagem neonatal de CMV pelo UK NSC (06/2026), o consenso europeu ECCI (2024), o Red Book 2024–2027, BASHH/RCOG sobre herpes (2025) e as posições espanhola e italiana, comparados com o documento da SBP de 2011.

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Atualizações analisadas: Johns Hopkins All Children's — NICU Neonatal HSV Infection Evaluation and Management (06/2025); Connecticut — triagem neonatal universal de CMV (07/2025); Johns Hopkins All Children's — Asymptomatic Congenital CMV Infection (07/2025); RCOG — Scientific Impact Paper nº 56 (2025); BASHH/RCOG — herpes genital na gestação (2025); UK NSC — recomendação sobre triagem de CMV (06/2026) · Análise: setembro de 2026

Resumo com convergências e divergências entre as atualizações de 2025–2026 em Neonatologia e as posições da Sociedade Brasileira de Pediatria, AAP, NICE, AEP/SENeo, Sociedade Italiana de Neonatologia, Harvard (Boston Children's) e Johns Hopkins. [📄 Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1. O que mudou em 2025–2026 | 4. Concordâncias e discordâncias |
| 2. Posição brasileira (SBP) | 5. Síntese |
| 3. Posição das referências internacionais | 6. Fontes |

EM RESUMO

Entre 2024 e 2026 o manejo do **CMV congênito** mudou em dois pontos. O primeiro é o **tratamento da perda auditiva neurossensorial isolada**: o Red Book 2024–2027 (segundo revisão de Schleiss, com base no estudo CONCERT) e o protocolo da Johns Hopkins All Children's de 23/07/2025 passaram a indicar **valganciclovir oral por 6 semanas**, iniciado idealmente antes de 1 mês (até 12 semanas e 6 dias na JH), e o consenso europeu ECCI (2024) também recomenda tratar (grau C). Mantém-se o consenso de diagnosticar por PCR em urina ou saliva antes de 3 semanas, não tratar o assintomático sem perda auditiva e usar valganciclovir por 6 meses na doença moderada a grave. O segundo ponto é a **triagem neonatal**, em que as referências divergem: Minnesota e Connecticut adotaram a triagem universal e a AAP não tem posição, enquanto o **UK NSC (25/06/2026) não recomenda** a triagem neonatal por falta de evidência de benefício. No **herpes simples neonatal**, a JH (10/06/2025) e a BASHH/RCOG concordam em aciclovir IV 20 mg/kg 8/8 h por 14 dias (pele, olhos e boca) ou ≥ 21 dias (SNC ou disseminada), mas divergem na **supressão oral por 6 meses** — todos os sobreviventes nos EUA, só SNC ou disseminada no Reino Unido. No Brasil, o único documento da SBP sobre CMV é de **2011** e está **desatualizado**; não localizamos documento nacional sobre herpes neonatal.

1. O que mudou em 2025–2026

DATA	INSTITUIÇÃO	DOCUMENTO	O QUE MUDOU
10/06/2025	Johns Hopkins All Children's	NICU — Neonatal HSV Infection Evaluation and Management	4 grupos de risco; swabs de superfície com ~24 h e PCR em sangue e líquido; aciclovir 60 mg/kg/dia com ajuste < 30 semanas de IG pós-menstrual; PCR do líquido antes do fim; supressão oral por 6 meses para todos
01/07/2025	Connecticut (EUA)	Lei estadual	Início da triagem neonatal universal de CMV , a segunda nos EUA após Minnesota
23/07/2025	Johns Hopkins All Children's	Asymptomatic Congenital CMV Infection	Saliva nas primeiras 24 h de internação, confirmada em urina; perda auditiva isolada → valganciclovir 6 semanas ; sem perda auditiva → não tratar fora de pesquisa
2025	RCOG	Scientific Impact Paper nº 56 (BJOG)	Atualização sobre triagem, diagnóstico e tratamento do CMV congênito
2025	BASHH / RCOG	Clarke et al., herpes genital na gestação (Int J STD AIDS)	Supressão materna desde 32 semanas (antes 36); RN de alto risco com aciclovir empírico; supressão oral do RN só nas formas SNC/disseminada
25/06/2026	UK National Screening Committee	CMV newborn and antenatal screening review	Não recomenda triagem neonatal de CMV; encomenda nova revisão sobre triagem pré-natal

Contexto imediatamente anterior: o consenso europeu **ECCI** (Leruez-Ville et al., 2024) e a atualização do **Red Book 2024–2027**.

2. Posição brasileira (SBP)

Não há documento da SBP de 2025–2026 sobre o tema. O mais recente localizado é o documento "Citomegalovirose neonatal", de **07/12/2011** — desatualizado em relação ao tratamento atual. Não localizamos documento da SBP ou nota técnica do Ministério da Saúde sobre herpes simples neonatal, nem política de triagem neonatal de CMV no SUS.

TEMA	CONTEÚDO (SBP 2011)
Diagnóstico do CMV congênito	PCR (sangue, urina ou saliva); urina nas primeiras 3 semanas de vida
Tratamento	Ganciclovir IV 10 mg/kg/dia (2 doses) por 2–4 semanas nos sintomáticos; menciona, como tendência, curso IV mais curto seguido de valganciclovir oral
Seguimento	Avaliação auditiva seriada
Herpes simples neonatal	Sem documento específico localizado

Não aborda: valganciclovir oral como esquema padrão e o curso de 6 meses; tratamento da perda auditiva isolada; confirmação da saliva em urina e sangue seco (diagnóstico retrospectivo); conduta no assintomático; triagem neonatal universal ou dirigida; prevenção na gestação (valaciclovir na infecção primária do 1º trimestre); todo o manejo do herpes neonatal.

3. Posição das referências internacionais

Os protocolos da Johns Hopkins All Children's (Flórida) são documentos institucionais, não diretrizes de sociedade.

REFERÊNCIA	DOCUMENTO E ANO	POSIÇÃO RESUMIDA
EUA — AAP / estados	AAP Red Book 2024–2027, conforme Schleiss (Neonatology Today, 2024) ; CDC MMWR — triagem universal em Minnesota (2024) ; entnet.org — leis estaduais de cCMV (12/2025)	CMV: valganciclovir 6 semanas na perda auditiva isolada ; 6 meses na doença moderada a grave; assintomático não tratado; AAP sem posição sobre triagem universal . Minnesota (desde 02/2023): 60.115 triados no 1º ano, prevalência 0,29%, 176 casos; Connecticut desde 07/2025; triagem dirigida por falha auditiva em 13 estados (incluindo NY, TX, FL, PA). Herpes: o pathway da JH declara seguir o Red Book 2021–2024 e 2024–2027
Reino Unido — UK NSC / RCOG / BASHH / NICE	UK NSC — CMV newborn and antenatal screening review (25/06/2026) ; RCOG — Scientific Impact Paper nº 56 (2025) ; Clarke et al. — BASHH/RCOG, herpes na gestação (Int J STD AIDS 2025)	NICE: sem documento específico localizado. CMV: UK NSC não recomenda triagem neonatal (consulta encerrada em 06/02/2026) e encomendou revisão sobre triagem pré-natal. Herpes: cesárea se lesão de 1º episódio no parto (risco de 41% no parto vaginal); recorrente → parto vaginal (0–3%); supressão materna desde 32 semanas (22 se alto risco de prematuridade); RN de alto risco → swabs com 24 h, PCR no sangue, punção lombar e aciclovir empírico 20 mg/kg 8/8 h sem esperar resultados; 14 dias (pele, olhos, boca), 21 dias (SNC/disseminada); supressão oral 6 meses apenas em SNC/disseminada ; aleitamento permitido, evitando mama com lesão
Espanha — SEIP / AEP	SEIP — Grupo de trabalho de infecções congênicas	CMV: documento de consenso SEIP (Baquero-Artigao et al., An Pediatr 2009) e revisão sobre CMV pós-natal (2011); registro nacional REDICCMV. Não localizamos atualização formal posterior. Herpes: guia da SEIP sobre prevenção, diagnóstico e tratamento da infecção neonatal por VHS, cuja data não confirmamos
Itália — ISS / AIFA / SITIP	ISS — Epicentro, Citomegalovirus; SITIP — valaciclovir na prevenção da transmissão (19/05/2023)	Triagem de CMV não deve ser oferecida às gestantes (ISS); AIFA incluiu o valaciclovir no SSN (12/2020) para prevenção e tratamento fetal. Não localizamos consenso neonatal SIN/SITIP atual sobre CMV ou herpes
Europa — ECCI	Leruez-Ville et al. — Consenso ECCI sobre CMV congênito (Lancet Reg Health Eur 2024;40:100892)	PCR em urina ou saliva < 3 semanas (saliva confirmada em urina; sangue seco para diagnóstico retrospectivo); testagem dirigida (infecção primária materna, imagem pré-natal alterada, falha auditiva, RCIU simétrica). Valganciclovir para sintomas de SNC e para perda auditiva isolada ; 6 meses nos sintomáticos; iniciar antes de 1 mês (grau A), 1–3 meses pode beneficiar a perda auditiva; assintomáticos não tratados. Sorologia materna no 1º trimestre e valaciclovir na infecção primária do 1º trimestre
Harvard — Boston Children's	Sem documento específico localizado	—
Johns Hopkins	JH All Children's — Asymptomatic Congenital CMV Infection (23/07/2025) ; JH All Children's — NICU Neonatal HSV Infection Evaluation and Management (10/06/2025)	CMV: PCR de saliva nas primeiras 24 h de internação, obrigatoriamente < 3 semanas; confirmação em urina (contaminação pelo leite); positivos → hemograma, painel metabólico, US de crânio (RM se alterado), oftalmologia, audição, infectologia. Sem perda auditiva → não tratar fora de pesquisa; perda auditiva isolada → valganciclovir 6 semanas, iniciado até 12 semanas e 6 dias ; levemente sintomático → caso a caso; moderado-grave → 6 meses. Audiometria a cada 3 meses no 1º ano e 6/6 meses até 3 anos. Herpes: swabs (olhos, nariz, boca, reto) com ~24 h, PCR em sangue e líquido (cultura de líquido não recomendada), ALT/AST; aciclovir IV 20 mg/kg/dose 8/8 h (12/12 h se IG pós-menstrual < 30 semanas) ; 14 dias (pele, olhos, boca), ≥ 21 dias (SNC/disseminada) com PCR do líquido antes do fim (+7 dias se positiva); supressão oral 300 mg/m²/dose 3×/dia por 6 meses para todos os sobreviventes

4. Concordâncias e discordâncias

TEMA	SBP	AAP	NICE/UK	AEP/SENEO	ITÁLIA	HARVARD	J. HOPKINS	LEITURA
Diagnóstico do cCMV	PCR urina < 3 sem	PCR < 21 dias	—	PCR < 3 sem (ECCI)	—	—	Saliva + urina	Concordância
Triagem neonatal de CMV	Não aborda (2011)	Sem posição; universal em MN e CT	Não recomenda (2026)	Dirigida (ECCI)	Não oferece na gestação	—	Protocolo institucional	Divergência
Assintomático sem perda auditiva	Não aborda	Não tratar	—	Não tratar (ECCI)	—	—	Não tratar fora de pesquisa	Concordância
Perda auditiva isolada	Não aborda	Valganciclovir 6 sem	—	Tratar (ECCI)	—	—	Valganciclovir 6 sem	SBP desatualizada
Doença moderada-grave	Ganciclovir IV 2–4 sem	Valganciclovir 6 m	—	6 m (ECCI)	—	—	Valganciclovir 6 m	SBP diverge (fármaco e duração)
Valaciclovir na gestação	Não aborda	—	Revisão pré-natal encomendada	ECCI: infecção primária 1º tri	AIFA: incluído no SSN	—	—	Tendência europeia
Herpes — RN exposto de alto risco	Sem documento	Red Book (base da JH)	Swabs, PCR, PL e aciclovir empírico	Guia SEIP	—	—	Swabs e PCR com ~24 h	UK mais intervencionista
Aciclovir IV	Sem documento	60 mg/kg/dia; 14/21 d	20 mg/kg 8/8 h; 14/21 d	—	—	—	Idem; ajuste < 30 sem	Concordância
Supressão oral 6 m	Sem documento	Todos	Só SNC/disseminada	—	—	—	Todos	Divergência
Supressão materna	Sem documento	—	Desde 32 sem	—	—	—	—	UK antecipou

5. Síntese

No CMV congênito, a mudança de maior impacto clínico é a inclusão da **perda auditiva neurossensorial isolada** entre as indicações de antiviral. Red Book 2024–2027 e Johns Hopkins 2025 indicam valganciclovir oral por 6 semanas, e o ECCI 2024 também recomenda tratar, iniciando idealmente no 1º mês; o curso de 6 meses segue reservado à doença moderada a grave ou com acometimento do SNC, e o RN assintomático sem perda auditiva não deve ser tratado fora de pesquisa. Como a janela diagnóstica é de 3 semanas, tratar depende de identificar cedo — daí o debate sobre triagem. Os EUA avançam estado a estado (Minnesota com prevalência de 0,29% no primeiro ano, Connecticut em 2025), enquanto o UK NSC, em 06/2026, concluiu que a evidência de benefício ainda não justifica a triagem neonatal, e a Itália não oferece triagem pré-natal. O ECCI fica no meio, com testagem dirigida e valaciclovir na infecção materna primária do 1º trimestre.

No herpes neonatal, o esquema de aciclovir IV (60 mg/kg/dia, 14 dias nas formas de pele, olhos e boca e pelo menos 21 dias nas formas SNC ou disseminada, com PCR do líquido antes de suspender) é consenso. As diferenças estão nas pontas: a BASHH/RCOG inicia aciclovir empírico no RN de alto risco sem esperar resultados e restringe a supressão oral de 6 meses às formas SNC ou disseminada, enquanto a Johns Hopkins, seguindo o Red Book, faz

supressão em todos os sobreviventes; no pré-natal, o Reino Unido antecipou a supressão materna para 32 semanas.

Para o Brasil, a lacuna é evidente: o documento da SBP de 2011 só menciona o valganciclovir como tendência e não contempla o curso de 6 meses, a perda auditiva isolada nem a triagem, e não há documento nacional sobre herpes neonatal. A integração do CMV com a triagem auditiva neonatal — falha no teste levando a PCR de saliva ou urina antes de 3 semanas — é a medida de menor custo e maior rendimento disponível hoje.

OBSERVAÇÕES CRÍTICAS

1. **Janela de 3 semanas:** colher PCR de urina ou saliva antes de 21 dias em todo RN com falha na triagem auditiva, RCIU simétrica, microcefalia, alteração de imagem ou infecção materna primária; saliva positiva deve ser confirmada em urina. Depois disso, só o sangue seco do teste do pezinho permite diagnóstico retrospectivo.
2. **Perda auditiva isolada:** valganciclovir oral por 6 semanas, iniciado idealmente antes de 1 mês (JH aceita até 12 semanas e 6 dias) — indicação ausente no documento da SBP de 2011.
3. **Doença moderada a grave:** valganciclovir oral por 6 meses substitui o ganciclovir IV por 2–4 semanas do documento de 2011; assintomático sem perda auditiva não deve ser tratado fora de pesquisa.
4. **Seguimento auditivo:** audiometria a cada 3 meses no 1º ano e a cada 6 meses até 3 anos em todo cCMV, inclusive assintomático, pelo risco de perda auditiva tardia.
5. **Herpes neonatal:** aciclovir IV 20 mg/kg/dose 8/8 h (12/12 h se IG pós-menstrual < 30 semanas); 14 dias em pele, olhos e boca; ≥ 21 dias em SNC ou disseminada, com PCR do líquido negativa antes de suspender; no RN de alto risco, a BASHH/RCOG inicia aciclovir empiricamente após swabs, PCR em sangue e líquido.
6. **Supressão oral:** aciclovir 300 mg/m²/dose 3×/dia por 6 meses — em todos os sobreviventes segundo o Red Book e a JH, e ao menos nas formas SNC ou disseminada segundo a BASHH/RCOG.

6. Fontes

- SBP. Citomegalovirose neonatal. 07/12/2011. [PDF](#)
- Johns Hopkins All Children's Hospital. Asymptomatic Congenital CMV Infection — Clinical Pathway (atualizado em 23/07/2025). [PDF](#)
- Johns Hopkins All Children's Hospital. NICU — Neonatal HSV Infection Evaluation and Management Clinical Pathway (10/06/2025). [PDF](#)
- Leruez-Ville et al. Consenso europeu ECCI sobre CMV congênito. Lancet Reg Health Eur 2024;40:100892. [ScienceDirect](#)
- Schleiss. Revisão sobre CMV congênito e Red Book 2024–2027. Neonatology Today, 2024. [PMC](#)
- CDC. Triagem neonatal universal de CMV congênito em Minnesota. MMWR, 2024. [MMWR](#). State cCMV laws (12/2025). [entnet.org](#)
- UK National Screening Committee. Cytomegalovirus — newborn and antenatal screening review (25/06/2026). [UK NSC](#)
- RCOG. Congenital cytomegalovirus infection — update on screening, diagnosis and treatment. Scientific Impact Paper nº 56. BJOG, 2025. [RCOG](#)

- Clarke et al. Diretriz conjunta BASHH/RCOG sobre herpes genital na gestação (2024). Int J STD AIDS, 2025. [BASHH](#)
- Baquero-Artigao et al. Documento de consenso da SEIP sobre CMV congênito. An Pediatr, 2009. [SEIP](#)
- ISS — Epicentro. Citomegalovirus. [Epicentro](#). SITIP. Infezione congenita da citomegalovirus, efficacia di valaciclovir nella prevenzione della trasmissione materno-fetale (19/05/2023). [SITIP](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP

(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.