

BMJ Best Practice

Avaliação da febre em crianças

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Visão geral	4
Etiologia	4
Emergencies	7
Considerações de urgência	7
Diagnóstico	9
Abordagem passo a passo do diagnóstico	9
Visão geral do diagnóstico diferencial	18
Diagnóstico diferencial	21
Diretrizes de diagnóstico	55
Referências	57
Imagens	64
Aviso legal	65

Resumo

- ◊ Febre geralmente é definida como uma temperatura $\geq 38.0\text{ }^{\circ}\text{C}$ ($100.4\text{ }^{\circ}\text{F}$) e é uma das razões mais comuns pelas quais crianças e seus cuidadores procuram atendimento médico. Pirógenos endógenos ou exógenos desencadeiam a liberação de prostaglandinas, mais notadamente prostaglandina E2, que, por sua vez, sinaliza para o hipotálamo elevar o ponto de referência termorregulador do corpo por regulação endocrinológica, autonômica e de respostas comportamentais. Entretanto, a temperatura normal do corpo varia substancialmente devido a fatores como hora do dia, nível de esforço físico e temperatura ambiente.
Enquanto a causa subjacente da febre geralmente é discernível pela história ou exame físico, muitas crianças têm febre inexplicada apesar da avaliação inicial. A distinção entre pacientes com "febre sem origem definida" e "febre de origem desconhecida" é importante. A grande maioria das crianças com apresentação aguda de "febre sem origem definida" (ou "febre sem origem clara") tem infecções subjacentes, geralmente exigindo urgência na avaliação e no tratamento empírico (especialmente em crianças mais novas). Por outro lado, febre de origem desconhecida não é uma condição bem definida em crianças. Historicamente, ela tem sido utilizada para descrever uma apresentação subaguda de uma única afecção com pelo menos 3 semanas de duração, na qual uma febre $>38.3\text{ }^{\circ}\text{C}$ ($100.9\text{ }^{\circ}\text{F}$) está presente na maioria dos dias e o diagnóstico não é claro após 1 semana de intensa investigação.^[1] As causas mais comuns são infecções, distúrbios inflamatórios/vasculíticos e malignidades.^[2] Essas crianças precisam de uma avaliação mais deliberada, abrangente e prolongada, e frequentemente não necessitam de terapia empírica urgente. Há uma ênfase maior nas apresentações incomuns de doenças comuns e em causas obscuras.
Este tópico aborda causas agudas e subagudas de febre na qual nenhuma causa é prontamente discernível com base na história e exame físico.

Etiologia

Há muitas causas de febre inexplicada em crianças. As etiologias incluem doenças raras, mas também incluem doenças comuns que se manifestam de forma incomum. A grande maioria das crianças tem infecções bacterianas ou virais subjacentes.^[3] Falha em obter uma história adequada, falta de um exame físico completo, demora na obtenção de investigações apropriadas e dificuldades na interpretação de resultados geralmente resultam em diagnósticos equivocados.

Infecções

Infecções bacterianas, virais, parasitárias e micobacterianas podem se manifestar como febre de origem desconhecida, assim como doenças transmitidas por carrapatos. A duração dos sintomas frequentemente é menor e as crianças geralmente parecem mais doentes com infecções bacterianas que com infecções virais ou parasitárias. Pacientes febris com afecções virais clinicamente reconhecíveis têm menores taxas de bacteremia que pacientes com infecção de origem não óbvia.^[4]

Embora afecções como cistite, meningite e pneumonia sejam causas comuns de febre em crianças de todas as faixas etárias, elas geralmente têm sinais e sintomas localizáveis em crianças mais velhas e raramente manifestam febre de origem desconhecida nessa faixa etária.

Os pacientes com infecções incomuns e não endêmicas, como tuberculose, malária e tifoide (febre entérica), geralmente têm uma história de viagem recente ao exterior ou contato com pessoas que viajaram recentemente para áreas endêmicas.

As causas incluem:

- Infecções multissistêmicas
 - Bacteremia
 - Malária
 - Tifoide
 - Tuberculose
 - citomegalovírus (CMV)
 - Toxoplasmose
 - Síndromes virais
 - Mononucleose infecciosa
 - Doenças transmitidas por carrapatos, como a doença de Lyme e a febre maculosa das Montanhas Rochosas
 - Doença por arranhadura do gato
 - Brucelose
 - Leptospirose
 - Tularemia
 - Síndrome do choque tóxico estafilocócico
 - Síndrome do choque tóxico estreptocócico
- Infecções do trato urinário (ITUs)
 - Cistite
 - Pielonefrite

- Infecções cardíacas
 - Endocardite
 - Miocardite[5] [6]
- Infecções respiratórias
 - Pneumonia
 - Sinusite
- Infecções ósseas e de tecidos moles
 - Osteomielite
 - Artrite séptica
- Infecções do SNC
 - Meningite
 - Abscesso cerebral
 - Encefalite
- Infecções gastrointestinais
 - Abscesso hepático

Distúrbios orgânicos

Distúrbios inflamatórios/vasculíticos

- As causas incluem lúpus eritematoso sistêmico (LES), doença de Kawasaki, febre reumática, artrite idiopática juvenil e sarcoidose. Os pacientes com febre frequentemente apresentam outras manifestações sistêmicas associadas, como mal-estar, artralgias, erupção cutânea e comprometimento multissistêmico. Pacientes com doença de Crohn e colite ulcerativa também podem apresentar febre de origem desconhecida, embora seja mais comum se apresentarem com dor abdominal e diarreia.
- Os pacientes geralmente são tratados com agentes imunossupressores e apresentam aumento do risco de desenvolver infecções recorrentes, as quais podem se manifestar com febre persistente.

Malignidades

- A febre pode ser um sinal manifesto de malignidade infantil.[7] As causas comuns incluem leucemia, linfoma de Hodgkin e linfoma não Hodgkin. Esses pacientes precisam de avaliação e tratamento urgentes.

Endocrinopatias

- Tempestade tireoidiana.

Distúrbios autonômicos

- Doenças do sistema nervoso autônomo simpático e/ou parassimpático. Desregulação da temperatura ocorre em pacientes em decorrência de hipodrose ou anidrose, como naqueles com neuropatia autonômica sensorial hereditária.

Febre relacionada a medicamentos

Muitos medicamentos causam febre relacionada a medicamento. Eles podem causar febre por meio de diversos mecanismos.

- Reações de hipersensibilidade a medicamentos, como salicilatos, anticonvulsivantes, sulfonamidas, antibióticos betalactâmicos, anticolinérgicos e drogas de abuso (por exemplo, anfetaminas, cocaína). A doença do soro é uma reação de hipersensibilidade que resulta na formação de imunocomplexos que se depositam nos tecidos e pode resultar em febre, erupções cutâneas e poliartralgias.
- Alteração da termorregulação por medicamentos, como hormônios tireoidianos e anti-histamínicos.
- Reações de hipersensibilidade, como a síndrome serotoninérgica manifestada por febre, agitação, estado mental alterado e rigidez muscular.

Febres baixas também são comuns depois de vacinações infantis.

Causas psicosociais

Raramente a febre pode ser factícia ou decorrente da síndrome de Munchausen por procuração. Essas afecções podem ser particularmente difíceis de diagnosticar; são necessárias uma boa história e avaliação psicosocial.

Causas ambientais

Doenças relacionadas ao calor devido à exposição ao clima quente.

Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

A prioridade inicial quando uma criança se apresenta com febre aguda é avaliar o risco de uma doença grave que requeira o início de tratamento urgente. A abordagem ABCDE é usada como avaliação inicial na criança com doença aguda.^[8]

A diretriz do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sobre febre em menores de 5 anos de idade recomenda a utilização de um sistema de semáforo para ajudar no reconhecimento do risco de doença grave em crianças pequenas com febre.^[9] Várias outras ferramentas, como escores pediátricos de aviso precoce, são usadas para monitorar qualquer deterioração na condição.^[10] Essas ferramentas usam a avaliação de uma variedade de fatores, como frequência cardíaca, frequência respiratória, resposta a estímulos sociais e tempo de enchimento capilar, para avaliar a probabilidade de uma doença grave que requeira tratamento urgente.

É importante considerar a possibilidade de sepse em toda criança que apresente febre, pois a doença pode progredir rapidamente, e a administração de antibióticos e o uso de outros cuidados de suporte em tempo hábil têm demonstrado melhorar os desfechos. A diretriz do NICE do Reino Unido enfatiza a necessidade de "considerar a sepse" em qualquer paciente que apresente possível infecção.^[11] Em crianças, a sepse é definida como uma síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SRIS) na presença de infecção suspeitada ou comprovada.^[12] A sepse é uma resposta imune desregulada à infecção e pode causar manifestações clínicas com risco de vida. Para obter mais detalhes sobre a sepse em crianças, incluindo diagnóstico e manejo de emergência, consulte o tópico do BMJ Best Practice: Sepse em crianças.

A lista de diagnósticos diferenciais em crianças com febre é extensa. Enquanto um diagnóstico específico geralmente pode ser feito com o uso de exames auxiliares, ocasionalmente o tratamento deve ser iniciado antes do estabelecimento do diagnóstico definitivo. Isso é especialmente verdade para crianças com aspecto toxemiado ou aparência doente.

Em crianças, como a causa mais frequente de febre é infecciosa, pode ser necessário administrar uma antibioticoterapia empírica de amplo espectro (por exemplo, cefalosporinas de terceira geração, como ceftriaxona), idealmente depois de se obter culturas de sangue, urina e líquido cefalorraquidiano (LCR) em crianças com suspeita de:

- Bacteremia
- infecção do trato urinário (ITU)
- Pneumonia
- Artrite séptica
- Osteomielite
- Meningite
- Endocardite (risco de embolização infecciosa)
- Miocardite
- Abscessos hepáticos e cerebrais
- Síndromes do choque tóxico
- Tularemia (é necessário atenção quando a cultura é realizada)
- Malária
- Febre tifoide
- Doença de Lyme

- Febre maculosa das Montanhas Rochosas
- Tuberculose
- Febre reumática (risco de disfunção valvar)

Além disso, com base na avaliação clínica do médico e nos resultados de exames auxiliares, pode haver suspeita de um diagnóstico específico. Para alguns desses diagnósticos, também deve ser iniciado tratamento específico urgente:

- Pneumonia: oxigênio suplementar
- Artrite séptica: drenagem da articulação
- Abscessos hepáticos/cerebrais: drenagem
- Meningite: antibióticos com ou sem corticosteroides
- Síndromes do choque tóxico: remoção do material infeccioso
- Tuberculose pulmonar: isolamento respiratório
- Doença de Kawasaki: aspirina e imunoglobulina intravenosa (risco de aneurismas de artéria coronária)
- Leucemia: hidratação, terapia de indução, correção de anormalidades eletrolíticas, transfusão de hemoderivado (risco de trombose, síndrome da lise tumoral, sangramento)
- Tempestade tireoidiana: betabloqueador, medicamentos antitireoidianos, compostos de iodo, glicocorticoides, tratamento do evento precipitante
- Síndrome serotoninérgica: sedação, cuidados de suporte (especialmente controle da hipertermia)
- Síndrome de Munchausen por procuração: remoção do desencadeante responsável.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

História e exame físico são componentes fundamentais da avaliação da criança febril e frequentemente resultam na identificação da causa subjacente da febre.[\[2\]](#) [\[9\]](#)

História

Febre

- As características da febre são importantes, incluindo peso e duração da febre, além do método usado na mensuração da temperatura. A determinação subjetiva da febre em casa por um cuidador é razoavelmente precisa.[\[13\]](#) [\[14\]](#) A incidência de infecção bacteriana grave pode ser maior em crianças que apresentam temperaturas mais altas[\[15\]](#) [\[16\]](#) e menor duração dos sintomas. Febre noturna com sudorese pode sugerir tuberculose ou um linfoma.
- Não há distinção na resposta à terapia antipirética quando a causa é viral ou bacteriana.[\[17\]](#)
- Febre baixa prolongada pode ser mais comum em infecções virais, distúrbios inflamatórios/vasculíticos e malignidades.

Erupção cutânea

- Às vezes, a febre em crianças é acompanhada por erupções cutâneas. O exame físico das características e da distribuição das erupções cutâneas pode auxiliar no diagnóstico da causa da febre.
- Uma erupção cutânea maculopapular, petequial ou urticariforme pode estar presente com infecções bacterianas ou com febre relacionada a medicamento.[\[18\]](#)
- Infecções virais podem estar presentes com uma erupção cutânea maculopapular ou petequial inespecífica.[\[18\]](#)
- Púrpura palpável sugere vasculite, causas reumatológicas, reações medicamentosas, infecções e malignidades.

Sintomatologia concomitante

- Distúrbios inflamatórios/vasculíticos e malignidades podem resultar em comprometimento multissistêmico, como pleurite, cardite ou pericardite, que resultam em sintomas de tosse e dispneia; sintomas gastrointestinais de náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal; sintomas do sistema nervoso central (SNC) de confusão, convulsões, estado mental alterado e déficits neurológicos focais; comprometimento renal com edema e prurido; comprometimento musculoesquelético, resultando em artralgia, miose e dores ósseas.
- Artralgias também podem estar presentes com infecções bacterianas, como artrite séptica e osteomielite; infecções virais, como mononucleose infecciosa, citomegalovírus (CMV), toxoplasmose e doenças transmitidas por carrapato (doença de Lyme ou febre maculosa das Montanhas Rochosas); reações relacionadas a medicamentos; ou malignidades.
- Dores ósseas estão presentes na osteomielite, leucemia, artrite idiopática juvenil e lúpus eritematoso sistêmico (LES).
- Sintomas cardiorrespiratórios podem ser observados com infecções bacterianas, como pneumonia ou endocardite, infecções virais (incluindo miocardite), tuberculose, tempestade tireoidiana e distúrbios inflamatórios/vasculíticos. Secreção nasal persistente está associada à sinusite.
- Sintomas gastrointestinais, como náuseas, vômitos, dor abdominal e diarreia, estão associados com miocardite, doença inflamatória intestinal (doença de Crohn, colite ulcerativa), outros distúrbios

inflamatórios/vasculíticos, febre tifoide, abscesso hepático, reações relacionadas a medicamentos, doenças relacionadas ao calor, distúrbios autonômicos e tempestade tireoidiana.

- Sintomas do SNC, como confusão, atividade mental alterada, convulsões e déficits focais, podem ser observados com encefalite, endocardite bacteriana, miocardite, abscessos cerebrais, meningite tuberculosa, disseminação secundária de uma malignidade, distúrbios inflamatórios graves (por exemplo, LES) e malária cerebral. Coreia está presente com febre reumática avançada.
- Sintomas urinários de disúria, polaciúria e hematúria acompanham infecções do trato urinário (ITUs), como cistite e pielonefrite.
- Crescimento insuficiente, inapetência e perda de peso são observados com qualquer doença crônica, em oposição a uma história que tenha duração relativamente curta (por exemplo, infecções bacterianas).
- Ausência de lágrimas pode ser observada nas doenças autonômicas.
- Pode haver uma história de picada recente de carrapato ou mosquito com doença de Lyme, febre maculosa das Montanhas Rochosas e infecção malária.

Medicamento e história de imunização

- Um componente crítico da história é o histórico medicamentoso e de imunizações da criança. Pacientes não imunizados ou sub-imunizados apresentam maior risco para certas infecções (por exemplo, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo b). História recente de vacinação pode apontar para uma reação vacinal; exposição a produtos séricos pode indicar reação de doença do soro. Embora uma criança que tenha recebido pelo menos 2 doses de uma vacina pneumocócica conjugada heptavalente apresente um risco substancialmente mais baixo para doença pneumocócica invasiva,[19]*Streptococcus pneumoniae* ainda é a principal causa de infecção bacteriana grave em crianças.
- O uso de várias substâncias lícitas e ilícitas, como medicamentos anticolinérgicos, anfetaminas e cocaína, pode resultar em febre relacionada a drogas. Muitos medicamentos também estão associados à síndrome serotoninérgica, um distúrbio caracterizado por febre alta, hipotensão postural, choque, delírio e vômitos.

História médica pregressa

- Certas condições médicas resultam em aumento do risco de infecção (por exemplo, doença falciforme).

História psicossocial

- A história social deve verificar a dinâmica familiar e suspeitar de qualquer sinal de negligência ou abuso. A ligação e a interação entre os cuidadores e a criança devem ser observadas.
- Uma história inconsistente deve levantar suspeita de febre factícia ou de síndrome de Munchausen por procuração.

Exposição a agente causador

- Sintomas depois de uma viagem recente ou depois de contato com uma pessoa estrangeira pode sugerir infecções não endêmicas, como malária, febre tifoide (febre entérica), tuberculose ou brucelose.
- Contato recente com gatos pode sugerir doença por arranhadura de gato.
- Uma história de exposição a fontes ambientais (por exemplo, resíduos de animais, solo ou água contaminados) pode estar presente com leptospirose.

Paciente imunocomprometido

- Aumenta a suspeita de citomegalovírus (CMV) ou toxoplasmose.

Exame físico

Confirmação da temperatura

Criança toxêmica

- A aparência geral de uma criança febril é fundamental. Crianças com aparência doente têm maior probabilidade de apresentar infecções bacterianas graves que crianças com aparência saudável; inversamente, a maioria das crianças com aparência saudável não apresenta infecção bacteriana grave.^[20] Pacientes com síndrome serotoninérgica, tempestade tireoidiana, malária cerebral, encefalite, hipertermia e distúrbios inflamatórios/vasculíticos também podem parecer muito doentes.

Frequência cardíaca

- Taquicardia é comum com febre, mas taquicardia persistente pode sugerir tempestade tireoidiana ou endocardite/miopericardite.

Respiração

- Taquipneia pode estar presente com pneumonia ou distúrbios multissistêmicos com comprometimento pulmonar.

Medição da pressão arterial (PA)

- Hipertensão está presente em distúrbios inflamatórios/vasculíticos, pielonefrite crônica, lúpus eritematoso sistêmico (LES) e tempestade tireoidiana.
- Hipotensão postural está presente em pacientes com síndrome do choque tóxico, reações relacionadas a medicamentos e distúrbios autonômicos.

Tempo de enchimento capilar

- Indicador útil sobre o estado da circulação e da hidratação.
- Um tempo de enchimento capilar ≥ 3 segundos é um dos critérios para risco intermediário de doença grave no sistema de avaliação de semáforo recomendado pelo National Institute for Health and Care Excellence na avaliação da febre nos menores de 5 anos de idade.^[9]

Palidez

- Observada em pacientes com leucemia, linfoma, muitas das infecções bacterianas crônicas e das doenças inflamatórias/vasculíticas, malária e tuberculose.

Icterícia

- Presente em pacientes com abscesso hepático e mononucleose infecciosa.

Baqueteamento digital

- Presente em pacientes com endocardite, doença inflamatória intestinal e tuberculose.

Alterações cutâneas

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

- Turgor cutâneo.[\[9\]](#)
- Vesículas agrupadas em infecção por vírus do herpes simples.[\[21\]](#)
- Manchas rosadas, um exantema maculopapular na febre tifoide.
- Lesões de Janeway (eritema palmar) na endocardite bacteriana.
- Erupção cutânea difusa com descamação e hiperemia da membrana mucosa com síndrome do choque tóxico estafilocócico.
- Eritema agudo das palmas das mãos ou solas dos pés, ou edema das mãos e dos pés; descamação periungueal nos dedos, exantema polimorfo com doença de Kawasaki.
- Eritema migratório na doença de Lyme.
[\[Fig-1\]](#)
- Erupção cutânea petequial nas infecções bacterianas, na endocardite infecciosa, na febre maculosa das Montanhas Rochosas, nas leucemias e em algumas infecções virais.
- Rash malar em "asa de borboleta" no LES.
- Eritema marginado na febre reumática.
- Eritema nodoso com sarcoidose e tuberculose.
- Lesão cutânea no local da inoculação com doença por arranhadura de gato.
- Diaforese com reações relacionadas a medicamentos.
- Prurido intenso em linfomas e uremia.

Olhos

- Conjuntivite com doença de Kawasaki e infecções virais.
- Papiledema em pacientes com abscesso cerebral, meningite, encefalite.
- Hemorragias retinianas são observadas em abuso infantil, que pode estar associado à síndrome de Munchausen por procuração.
- Uveíte em doença de Crohn, colite ulcerativa e leptospirose.
- Proptose pode estar presente em pacientes com tempestade tireoidiana.
- Incapacidade de produzir lágrimas sugere doença autonômica pediátrica.

Articulações

- Articulações edemaciadas sugerem artrite séptica, artrite idiopática juvenil, LES, febre reumática, leucemia, linfoma, doença do soro, endocardite, doenças inflamatórias intestinais.

Outros sinais musculoesqueléticos

- Nódulos de Osler (pontas dos dedos doloridas) com endocardite bacteriana, um sinal de êmbolos sépticos.
- Nódulos subcutâneos nas regiões extensoras dos membros na febre reumática.

Tireoide

- Bócio com sopro sugere tireotoxicose.

Linfadenopatia

- Linfadenopatia cervical isolada pode ser observada em pacientes com doença de Kawasaki e doença por arranhadura do gato.
- Linfadenopatia disseminada é observada com mononucleose infecciosa, citomegalovírus (CMV), toxoplasmose, leucemia, linfomas, doenças transmitidas por carrapatos e algumas doenças inflamatórias/vasculíticas.

- A maioria das infecções bacterianas causa linfadenopatia regional.
- A forma ulceroglandular da tularemia tipicamente se manifesta com linfadenopatia.

Exame respiratório

- Crepitações (estertores) são observados com pneumonia, infecções virais e tuberculose.
- Pleurite pode estar presente em distúrbios inflamatórios/vasculíticos e malignidades.

Exame cardiovascular

- Um sopro cardíaco pode estar presente com endocardite bacteriana.
- Atrito pericárdico pode ser detectado em pacientes com pericardite associada com alguns distúrbios inflamatórios/vasculíticos.

Exame abdominal

- Sensibilidade superficial pode ser encontrada em cistite, pielonefrite, abscesso hepático (quadrante superior direito) febre tifoide e doença inflamatória intestinal.
- Hepatomegalia e/ou esplenomegalia sugerem febre tifoide, mononucleose infecciosa, CMV, toxoplasmose, endocardite, miocardite, abscesso hepático, malária, tuberculose, artrite idiopática juvenil ou LES.
- Uma massa abdominal pode ser apalpada devido à linfadenopatia.
- Fissuras e abscessos perianais e são encontrados em doença de Crohn.
- Dor nos testículos pode estar presente em pacientes com leucemia, metástases de outras malignidades ou êmbolos sépticos depois de endocardite ou na brucelose.

Sistema nervoso

- Sinais de Kernig e Brudzinski podem ser encontrados em meningite.
- Fontanela abaulada.^[9]
- Deficits neurológicos focais podem se manifestar com qualquer lesão cerebral com efeito de massa, como um abscesso, malignidade ou êmbolos sépticos de vegetação cardíaca (endocardite).

Teste diagnóstico

A necessidade de testes diagnósticos na criança depende do risco inicial de uma infecção subjacente ou de outra etiologia grave.^[22] Devido ao fato de vírus ou bactérias causarem a grande maioria das febres em crianças com apresentação aguda, a avaliação inicial geralmente se concentra na detecção de uma origem da infecção. Um exame físico meticuloso frequentemente pode revelar uma origem óbvia, e a identificação de uma infecção focal pode evitar a necessidade de exames adicionais.

Com exceção de neonatos^[23] e crianças menores,^[24] nos quais o exame físico é menos confiável, a abordagem pode ser mais seletiva se a criança não tiver aparência toxêmica depois do exame inicial. Um exame mais rigoroso é necessário em pacientes que apresentam maior risco de infecção e naqueles cujos achados na história e no exame físico são limitados. Tradicionalmente, isso levou a diferentes abordagens de exame diagnóstico com base na idade; o nível de imunização também influencia na estratificação de risco pré-teste.

Avaliação da febre sem origem definida (apresentação aguda)

A grande maioria das crianças com apresentação aguda de "febre sem origem definida" (ou "febre sem origem clara") tem infecções subjacentes, geralmente exigindo urgência na avaliação e no tratamento

empírico (especialmente em crianças mais novas). O manejo da sepse em crianças requer primeiro o reconhecimento imediato, portanto é imperativo considerar a possibilidade de sepse sempre que uma criança apresentar febre. Uma abordagem ABC (vias aéreas, respiração e circulação [do inglês Airway, Breathing e Circulation]) padrão com ênfase particular na administração precoce de antibióticos e ressuscitação fluídica é essencial no tratamento de crianças com sepse e choque séptico.[\[9\]](#)

Crianças com até 2 meses de idade

- Crianças nessa faixa etária têm maior risco de contrair infecções bacterianas que crianças mais velhas. A história e o exame físico não são suficientemente sensíveis em crianças pequenas; aquelas com doenças bacterianas graves podem apresentar exames físicos normais.
- Exames laboratoriais iniciais[\[25\]](#) [\[26\]](#) [\[27\]](#)
 - O hemograma completo (incluindo uma contagem periférica de leucócitos) geralmente é solicitado na avaliação de neonatos febris e lactentes jovens, mas o valor discriminatório é insuficiente para diferenciar pacientes com infecção bacteriana e não bacteriana graves. Embora uma contagem leucocitária anormalmente alta ou baixa aumente a suspeita de bacteremia ou meningite, ela é uma ferramenta de rastreamento imperfeita, e a decisão de solicitar uma hemocultura e um exame do líquido espinhal não deve depender dos resultados.[\[28\]](#) [\[29\]](#) Velocidade de hemossedimentação (VHS) e proteína C-reativa também são usadas como ferramentas de rastreamento para infecção, mas apresentam as mesmas limitações que a contagem leucocitária. Níveis de procalcitonina elevados podem ser um melhor preditor de infecção bacteriana grave nesses pacientes.[\[30\]](#) [\[31\]](#)
 - Hemocultura.
 - Urina para teste rápido (obtida por cateterismo uretral ou por aspiração suprapúbica) e urocultura.
 - Estudos do líquido cefalorraquidiano (LCR), incluindo uma cultura de LCR.
 - Radiografia torácica: indicada apenas na presença de sintomas respiratórios.
 - Análise das fezes: indicada apenas na presença de diarreia.[\[32\]](#)

Crianças acima de 2 meses de idade

- A história e o exame físico são mais informativos em pacientes mais velhos, e a abordagem diagnóstica pode, portanto, ser mais seletiva, dependendo da história e sintomatologia.
- Os seguintes exames devem ser considerados:
 - Hemograma completo (incluindo contagem periférica de leucócitos): embora comumente solicitado na avaliação de uma criança febril, o exame não é sensível ou específico o suficiente para ajudar a obter um diagnóstico definitivo. Assim como em crianças pequenas, a VHS, a proteína C-reativa e a procalcitonina são, às vezes, usadas como ferramentas de rastreamento para infecção.
 - Microscopia e cultura de urina: infecções do trato urinário (ITUs) são mais frequentes em meninas e em meninos não circuncidados de até 24 meses de idade. Urinálise e uroculturas devem ser solicitadas em crianças com fator de risco ≥ 1 para ITU: história de ITU, temperatura ≥ 39.0 °C (102 °F), sem origem aparente de febre, aparência doente, sensibilidade suprapúbica, febre com duração maior que 24 horas e de raça não negra.[\[33\]](#) Em meninos circuncidados, essas investigações são indicadas se houver ≥ 2 fatores de risco de ITU ou presença de sensibilidade suprapúbica.

- Hemocultura: infecções graves podem estar ocultas, especialmente em crianças mais jovens. Crianças febris até 24 meses de idade com temperaturas $>39.0\text{ }^{\circ}\text{C}$ ($102\text{ }^{\circ}\text{F}$) e <2 vacinas pneumocócicas têm maior risco de bactеремia.[\[19\]](#)
- Teste de LCR: deve ser reservado para crianças com achados na história ou exame físico sugestivo de infecção no sistema nervoso central (SNC).
- Exames de fezes: indicados em pacientes com suspeita de doença inflamatória intestinal e febre tifoide.
- Radiografia torácica: pneumonia apresentando-se como febre sem sintomas respiratórios é incomum.[\[34\]](#) [\[35\]](#) Uma radiografia torácica deve ser obtida se os achados no exame físico sugerirem hipoxemia ou dificuldade respiratória significativa (por exemplo, taquipneia, dispneia, retracções, gemência, batimento da asa do nariz, apneia ou estado mental alterado) e para pacientes nos quais a antibioticoterapia inicial falhou.[\[36\]](#)

Avaliação da febre de origem desconhecida (apresentação subaguda)

A febre de origem desconhecida não é bem definida em crianças e tem sido historicamente utilizada para descrever uma apresentação subaguda de uma única afecção com pelo menos 3 semanas de duração, na qual uma febre $>38.3\text{ }^{\circ}\text{C}$ ($100.9\text{ }^{\circ}\text{F}$) está presente na maioria dos dias e o diagnóstico não é claro após 1 semana de intensa investigação.[\[1\]](#) As causas mais comuns são infecções, distúrbios inflamatórios/vasculíticos e malignidades. Essas crianças precisam de uma avaliação mais deliberada, abrangente e prolongada, e frequentemente não necessitam de terapia empírica urgente. Há uma ênfase maior nas apresentações incomuns de doenças comuns e em causas obscuras.

As investigações a serem consideradas incluem:

- Hemograma completo e esfregaço de sangue periférico: a contagem leucocitária é um teste inespecífico, mas se elevada, sugere infecção, enquanto uma baixa contagem leucocitária pode ser observada em doenças virais ou sepse. Anemia está presente em certas afecções associadas com febre (por exemplo, endocardite infecciosa, malária). A contagem plaquetária elevada é inespecífica e pode ser observada agudamente em uma variedade de doenças; de forma similar, a trombocitopenia pode ser observada com doenças bacterianas e virais graves. O esfregaço periférico pode demonstrar células anormais sugestivas de uma neoplasia hematológica ou pode detectar parasitas maláricos.
- Velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C-reativa e procalcitonina: parâmetros inespecíficos de infecção e/ou inflamação.[\[31\]](#) [\[37\]](#)
- Hemocultura.
- Urinálise e urocultura.
- Eletrólitos, nitrogênio ureico no sangue, creatinina, testes da função hepática.
- Testes sorológicos (vírus Epstein-Barr, citomegalovírus [CMV], vírus da imunodeficiência humana [HIV]).
- Radiografia torácica.
- Teste tuberculínico.
- Exames adicionais (conforme indicado)
 - Exame de fezes
 - Exame da medula óssea
 - Punção lombar

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneración de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

- Fator antinuclear sérico
- Exames de imagem
 - Exames de imagem abdominal
 - Exames de imagem do seio nasal
 - Exames de imagem do processo mastoide
 - Cintilografia com leucócitos marcados
 - Ecocardiografia.

Critérios diagnósticos específicos

Doença de Kawasaki[38]

- Febre ≥5 dias sem qualquer outra explicação associada a 4 critérios principais com anormalidades na artéria coronária.
- Critérios principais
 - Mudanças nos membros (eritema agudo nas palmas das mãos ou solas dos pés, ou edema das mãos e dos pés; descamação periungueal nos dedos observada nas semanas 2 e 3 da doença)
 - Exantema polimorfo
 - Hiperemia conjuntival bulbar bilateral sem exsudatos
 - Alterações nos lábios e na cavidade oral (eritema, lábios rachados, língua em morango, hiperemia difusa da mucosa oral e faríngea)
 - Linfadenopatia cervical (>1.5 cm de diâmetro) geralmente unilateral.

Febre reumática (critérios de Jones)[39]

- Se precedida por uma infecção por estreptococos do grupo A, o diagnóstico pode ser feito ao atender 2 critérios primários (“major”), ou 1 primário e 2 secundários (“minor”). Um diagnóstico presuntivo pode ser feito se coreia ou cardite forem a única manifestação. Além disso, como a recorrência é difícil de diagnosticar em pacientes com febre reumática ou doença reumática cardíaca prévias, esses pacientes precisam atender ou 1 critério primário ou 2 critérios secundários no quadro de recente infecção por estreptococos do grupo A.
- Critérios primários: cardite, poliartrite, nódulos subcutâneos, coreia, eritema marginado.
- Critérios secundários: febre, artralgia, reagentes de fase aguda (velocidade de hemossedimentação [VHS], proteína C-reativa) elevados, intervalo PR prolongado no eletrocardiograma (ECG), título de antiestreptolisina O ou DNase elevados ou em elevação, febre reumática prévia.

Síndrome do choque tóxico estreptocócico[40]

- Um caso confirmado atende os critérios clínicos associados ao isolamento de *Streptococcus* do grupo A de um local normalmente estéril.
- Os critérios incluem hipotensão (<5º percentil para idade para crianças <16 anos de idade) e 2 ou mais dos seguintes sintomas:
 - Disfunção renal
 - Coagulopatia
 - Comprometimento hepático

- Síndrome do desconforto respiratório agudo
- Erupção cutânea generalizada que pode descamar
- Necrose do tecido mole, incluindo fasciite necrosante, miosite ou gangrena.

Síndrome do choque tóxico estafilocócico[40]

- Um caso confirmado requer presença de febre, hipotensão, eritrodermia difusa, descamação (a menos que o paciente morra antes que a descamação ocorra) e comprometimento de pelo menos 3 sistemas de órgãos.
- Uma causa provável é em um paciente que não possui uma das características da definição de caso confirmado.

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

Infecção do trato urinário

Pneumonia

Sinusite

Meningite

Bacteremia (oculta)

Sepse

Artrite séptica

Osteomielite

Doença por arranhadura do gato

Síndromes virais

Mononucleose infecciosa

Infecção por citomegalovírus

Infecção malária

Doença de Lyme

Tuberculose

Doença de Kawasaki

Artrite idiopática juvenil

Lúpus eritematoso sistêmico

Febre reumática

Doença de Crohn

Colite ulcerativa

Comum

Leucemia

Linfoma não Hodgkin

Febre relacionada a medicamentos

Reação à vacina

Incomum

Febre tifoide (febre entérica)

Endocardite

Abscesso hepático

Abscesso cerebral

Síndrome do choque tóxico estreptocócico

Síndrome do choque tóxico estafilocócico

Tularemia

Brucelose

Leptospirose

Encefalite

Miocardite

Infecção por vírus do herpes simples (HSV)

Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)

Toxoplasmose

Febre maculosa das Montanhas Rochosas

Sarcoidose

Linfoma de Hodgkin

Incomum

Tempestade tireoidiana

Síndrome serotoninérgica

Doença do soro/reação semelhante à doença do soro

Febre factícia

Síndrome de Munchausen por procuração

Doenças relacionadas ao calor

Distúrbios autonômicos pediátricos

Diagnóstico diferencial

Comum

🚩 Infecção do trato urinário

História	Exame	1º exame	Outros exames
náuseas, vômitos, disúria, polaciúria, dor abdominal ou dorsalgia, incontinência urinária recente, febre >24 horas, história de infecções do trato urinário (ITUs) prévias, origem de raça não negra[19]	aparência doente, sensibilidade suprapúbica ou no flanco[19]	<p>»tira reagente para exame de urina: positiva para esterase leucocitária ou nitritos Sensibilidade de 88%; especificidade de 93%. [41]</p> <p>»microscopia da urina: ≥5 leucócitos/ campo de grande aumento (CGA) ou qualquer bactéria Sensibilidade de 67%; especificidade de 79%. [41]</p> <p>»urinálise ampliada: ≥10 leucócitos/mm³ ou qualquer bactéria à coloração de Gram Sensibilidade de 95%; especificidade de 89%. [41]</p> <p>»urocultura: >100,000 unidades formadoras de colônia (UFC)/mL da amostra do segundo jato; >10,000 UFC/mL da amostra cateterizada; >1000 UFC/mL da amostra da aspiração suprapúbica</p>	<p>»procalcitonina: pode estar elevada Níveis de procalcitonina elevados podem ser melhores que exames de rastreamento de laboratório tradicionais para detecção de infecções bacterianas graves em lactentes febris e crianças pequenas sem fontes óbvias de infecção. [30] [31]</p>

◊ Pneumonia

História	Exame	1º exame	Outros exames
tosse, dor torácica, dor abdominal	dificuldade respiratória (retrações, gemência, batimento da asa do nariz), murmurio vesicular	» radiografia torácica: infiltrados (focais ou difusos)	<p>»procalcitonina: pode estar elevada Níveis de procalcitonina elevados podem ser</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Pneumonia

História	Exame	1º exame	Outros exames
	diminuído, taquipneia, estertores[42]	Radiografias não distinguem de maneira confiável causas bacterianas e não bacterianas de pneumonia.	melhores que exames de rastreamento de laboratório tradicionais para detecção de infecções bacterianas graves em lactentes febris e crianças pequenas sem fontes óbvias de infecção.[30] [31]

◊ Sinusite

História	Exame	1º exame	Outros exames
rinorreia, congestão nasal, tosse (frequentemente pior à noite); duração dos sintomas >10-14 dias sugere etiologia bacteriana (em oposição à viral)	drenagem nasal, tosse, sensibilidade no seio nasal, edema periorbital	» nenhum exame inicial: diagnóstico clínico	» raio-X do seios nasais: opacificação dos seios nasais, espessamento da mucosa, níveis hidroaéreos Baixa correlação entre achados radiográficos e clínicos; não recomendado rotineiramente.[43] » tomografia computadorizada (TC) dos seios da face: opacificação dos seios nasais, espessamento da mucosa, níveis hidroaéreos Indicada para doença grave ou recalcitrante, ou evidências de complicações intracranianas ou orbitais.[43] » aspiração dos seios nasais: culturas positivas

Comum**◊ Sinusite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			<p>dos seios nasais, mais comumente <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Haemophilus influenzae</i> (não sorotipável), <i>Moraxella catarrhalis</i></p> <p>Invasiva; reservada para pacientes que não obtiveram benefício com a antibioticoterapia ou que apresentaram complicações significativas (por exemplo, complicações intracranianas ou orbitais).</p>

🚩 Meningite

História	Exame	1º exame	Outros exames
irritabilidade, letargia, convulsões (convulsões focais levantam a suspeita de meningoencefalite herpética), baixa aceitação alimentar, irritabilidade paradoxal (chora mais quando segurado), náuseas ou vômitos, cefaleia, dor cervical, fotofobia, dorsalgia	pirexia (ou hipotermia), fontanela abaulada, papiledema, meningismo, sinal de Kernig e/ou sinal de Brudzinski podem ser positivos, embora não comumente observados em lactentes, déficits neurológicos focais	<p>»celularidade do líquido cefalorraquidiano (LCR): >22 leucócitos/microlitro em bebês a termo; >7 leucócitos/microlitro em crianças mais velhas</p> <p>Uma contagem absoluta de neutrófilos do líquido cefalorraquidiano (LCR) ≥ 1000 células/microlitro está associada com meningite bacteriana.^[44]</p> <p>Eritrócitos no LCR podem ser decorrentes de uma punção traumática, mas podem ser observados em</p>	<p>»procalcitonina: pode estar elevada</p> <p>Níveis de procalcitonina elevados podem ser melhores que exames de rastreamento de laboratório tradicionais para detecção de infecções bacterianas graves em lactentes febris e crianças pequenas sem fontes óbvias de infecção.^[30]</p> <p>^[31]</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Comum

Meningite

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>caso de hemorragia no sistema nervoso central (SNC) ou meningite (por exemplo, meningoencefalite herpética).[45]</p> <p>» coloração de Gram e cultura do líquido cefalorraquidiano (LCR): identifica o patógeno Teste definitivo para meningite. A presença de organismos na coloração de Gram é quase sempre um resultado de meningite bacteriana.[44]</p> <p>» proteína e glicose no líquido cefalorraquidiano (LCR): proteína no LCR ≥ 80 mg/dL; glicose no LCR $< 50\%$ da glicose sérica Normalmente, a proteína no LCR é < 40 mg/dL.[44]</p>	

Bacteremia (oculta)

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre pode ser o único sintoma; mal-estar	pode ter exame normal apesar da febre; importante para avaliar possíveis sinais de sepse (por exemplo, taquicardia, aumento da frequência respiratória, alteração comportamental, retorno capilar	» Hemograma completo : leucócitos $\geq 15,000/\text{microlitro}$ ou $\leq 5000/\text{microlitro}$; contagem absoluta de neutrófilos (ANC) $\geq 10,000/\text{microlitro}$ A elevação das contagens leucocitária e absoluta de	» procalcitonina : pode estar elevada Níveis de procalcitonina elevados podem ser melhores que exames de rastreamento de laboratório tradicionais para detecção de infecções bacterianas

Comum

☒ Bacteremia (oculta)

História	Exame	1º exame	Outros exames
	retardado, erupção cutânea)	<p>neutrófilos (ANC) está associada a um aumento na probabilidade de bacteremia pneumocócica;[46] essa relação linear não foi demonstrada com outras causas de bacteremia.</p> <p>»hemocultura: crescimento de bactérias; identifica o patógeno Teste definitivo; a incidência é $\leq 1\%$ em crianças febris ≤ 24 meses de idade na era da vacina pneumocócica conjugada heptavalente universal.[47]</p>	graves em lactentes febris e crianças pequenas sem fontes óbvias de infecção.[30] [31]

☒ Sepse

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode ser história de diminuição da atividade, preocupação do cuidador de que a criança não está se comportando normalmente; pode não despertar ou ser difícil de estimular	febre pode estar presente (embora a temperatura central também possa estar normal ou baixa), taquicardia, frequência respiratória elevada, pode haver tempo de enchimento capilar lentificado, as saturações de oxigênio podem estar $<92\%$ ao ar ambiente, estado mental alterado, petéquias ou púrpura podem estar presentes	<p>»Hemograma completo: Leucócitos: variável; pode haver trombocitopenia Contagem leucocitária anormal (ou seja, acima ou abaixo do intervalo normal para a idade ou $>10\%$ de leucócitos imaturos) é um dos principais critérios de diagnóstico para síndrome da resposta inflamatória sistêmica (SRIS).[12]</p>	<p>»puncão lombar: cultura positiva pode revelar meningite bacteriana como foco infeccioso</p> <p>»procalcitonina: elevado Níveis de procalcitonina elevados podem ser melhores que exames de rastreamento de laboratório tradicionais para detecção de infecções bacterianas graves em lactentes</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Comum

Sepse

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>Entretanto, contagem leucocitária elevada ou reduzida é inespecífica para o diagnóstico de sepse.</p> <ul style="list-style-type: none"> » glicose sanguínea: pode haver hipoglicemia ou hiperglicemia » eletrólitos séricos: alterados » lactato sanguíneo: elevado Pode ser possível medir o lactato com o uso da amostra da gasometria arterial. » gasometria arterial: hipoxemia e/ou hipercapnia; grande deficit de base » exames de coagulação: o resultado pode ser anormal » TFHs: o resultado pode ser anormal » hemocultura: pode haver crescimento de bactérias identificando o patógeno » radiografia torácica: pode revelar evidência de pneumonia » urinálise: pode ser positiva para nitritos e leucócitos se houver infecção do trato urinário (ITU) » urocultura: pode ser positiva se houver ITU 	<p>febris e crianças pequenas sem fontes óbvias de infecção.[30] [31]</p>

Comum

🚩 Artrite séptica

História	Exame	1º exame	Outros exames
irritabilidade, mobilidade articular limitada, fraqueza, incapacidade de sustentar peso[48]	edema articular, vermelhidão, amplitude de movimento dolorosa	<ul style="list-style-type: none"> » Hemograma completo: leucócitos >12,000/microlitro[48] » VHS/proteína C-reativa: elevadas; VHS >40 mm/hora[48] » hemocultura: crescimento de bactérias; identifica o patógeno <p>Artrite séptica é mais frequentemente de origem hematogênica em crianças pequenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> » radiografia simples: edema de tecidos moles, derrame articular <p>Pode parecer normal no início da evolução da doença.</p>	<ul style="list-style-type: none"> » contagem celular completa do líquido sinovial: >50,000 leucócitos/microlitro Uma contagem leucocitária mais baixa não descarta artrite séptica. » coloração de Gram e cultura do líquido sinovial: bactérias na coloração de Gram ou crescimento na cultura O exame pode ser positivo em apenas 50% dos pacientes com artrite séptica. » ultrassonografia: derrame articular Particularmente útil para articulações que são difíceis de aspirar (por exemplo, quadril).

🚩 Osteomielite

História	Exame	1º exame	Outros exames
irritabilidade, dor, recusa de movimentar os membros, fraqueza	sensibilidade nos membros, eritema	<ul style="list-style-type: none"> » VHS/proteína C-reativa: elevado Proteína C-reativa é um teste mais sensível que a velocidade de hemossedimentação (VHS); ambos são mais sensíveis que a contagem leucocitária.[49] » hemocultura: crescimento de bactérias; identifica o patógeno 	<ul style="list-style-type: none"> » cintilografia com radionuclídeos: captação aumentada Comumente positiva dentro de 2-3 dias de infecção. » ressonância nuclear magnética (RNM) do membro: comprometimento ósseo ou de tecidos moles

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Comum

Osteomielite

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>Osteomielite é mais frequentemente de origem hematogênica em crianças pequenas.</p> <p>»radiografia simples: edema de tecidos moles, lesões líticas, elevação periosteal Alterações ósseas não são observadas até que tenha ocorrido destruição substancial (em geral, pelo menos 10 dias de doença).</p>	

◊ Doença por arranhadura do gato

História	Exame	1º exame	Outros exames
exposição a gatos (especialmente gatos jovens), febre, visão turva, confusão, artralgia, mialgia[50]	lesão cutânea no local da inoculação, linfadenopatia regional, hepatoesplenomegalia, conjuntivite, linfadenopatia pré-auricular, retinite, encefalopatia	<p>»sorologia: positiva para Bartonella henselae Por ensaio de imunofluorescência indireta ou por ensaio de imunoabsorção enzimática.</p>	<p>»biópsia: positiva para B henselae Normalmente de linfonodos, fígado, medula óssea.</p> <p>»cultura de sangue ou tecido: positiva para B henselae Pode ser difícil de cultivar.</p>

◊ Síndromes virais

História	Exame	1º exame	Outros exames
calafrios, cefaleia, rinorreia, faringite, tosse, náuseas, vômitos, dor abdominal, mialgia, erupção cutânea	geralmente normal, exceto para erupção cutânea inespecífica	<p>»sem exame inicial para a maioria dos vírus: diagnóstico clínico Há alguns testes rápidos disponíveis para determinados vírus (por exemplo,</p>	

Comum**◊ Síndromes virais**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		gripe [influenza], vírus sincicial respiratório, adenovírus)	

◊ Mononucleose infecciosa

História	Exame	1º exame	Outros exames
faringite, mal-estar, erupção cutânea, icterícia, mialgias	erupção cutânea, icterícia, linfadenopatia generalizada (particularmente cervical posterior), hepatomegalia, esplenomegalia, edema periorbital, petequias palatais	<p>»Hemograma completo: linfocitose (especialmente com linfócitos atípicos)</p> <p>Trombocitose comumente presente, mas anemia é rara.</p> <p>»testes de função hepática: AST e ALT elevadas</p> <p>»anticorpo heterófilo: positiva Sensível e específico, mas inicialmente pode ser negativo na infecção; frequentemente negativo em crianças <2 anos de idade.</p> <p>Teste negativo pode diferenciar infecção primária tardia de reativação.</p>	<p>»anticorpos de Epstein-Barr: positiva Útil para teste para múltiplos anticorpos do vírus Epstein-Barr: IgM ou IgG contra抗ígenos de capsídeo viral; antígeno nuclear do vírus Epstein-Barr; antígeno precoce.</p> <p>Ajuda a diferenciar doença aguda de infecção pregressa; mais sensível que o teste de anticorpo heterófilo.^[58]</p>

◊ Infecção por citomegalovírus

História	Exame	1º exame	Outros exames
fadiga, faringite, náuseas, vômitos, diarreia, mal-estar, erupção cutânea, cefaleia	hepatomegalia, esplenomegalia, linfadenopatia	» sorologia: infecção aguda sugerida pela presença de imunoglobulina G (IgG) e imunoglobulina M (IgM)	» cultura viral: isolamento do CMV Amostras podem ser obtidas de quase qualquer fluido corporal

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Infecção por citomegalovírus

História	Exame	1º exame	Outros exames
			ou local; CMV cresce lentamente em cultura.

⚐ Infecção malárica

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre em dias alternados (ou a cada terceiro dia com o Plasmodium malariae), calafrios, cefaleia, mialgia, tosse, náuseas, dor abdominal, história de viagem recente ao exterior[63]	pirexia de alto grau, esplenomegalia, confusão	» esfregaço de sangue periférico: parasitemia visível na microscopia Esfregaços fino e espesso de sangue.	» sorologia: positiva Rápida, requer pequenas quantidades de sangue. Sensível e específica para a detecção de Plasmodium falciparum.

◊ Doença de Lyme

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia, mialgia, fadiga, artralgias, rigidez cervical, história de picada de carrapato[64] [65]	eritema migratório, meningismo, sinais de cardite ou miopericardite, radiculoneuropatia, paralisia do nervo facial[64] [65]	» nenhum exame inicial: diagnóstico clínico Na presença de eritema migratório.[66]	» teste sorológico: positiva para Borrelia burgdorferi Ensaio de imunoadsorção enzimática (ELISA) usado como teste sorológico de primeiro nível, seguido por teste confirmatório de anticorpo fluorescente indireto. Entretanto, soropositividade não garante que um dado quadro clínico seja decorrente da doença de Lyme, e esses testes não são recomendados para propósitos de rastreamento na

Comum

◊ Doença de Lyme

História	Exame	1º exame	Outros exames
			ausência de suspeita clínica.[66]

¶Tuberculose

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre noturna, sudorese, tosse, hemoptise, inapetência, perda de peso, cefaleia, história de viagem recente ao exterior ou contato com uma pessoa com a doença	linfadenopatia, sibilância, ruídos adventícios; estado mental alterado, convulsões, déficits neurológicos focais; hepatomegalia, esplenomegalia em casos graves; artrite	<p>»radiografia torácica: adenopatia hilar, atelectasia, condensação, derrames pleurais Crianças apresentam maior probabilidade de ter doença extrapulmonar que adultos.</p> <p>»teste tuberculínico cutâneo: induração Positivo se >15 mm em crianças >4 anos sem fatores de risco para tuberculose.</p> <p>Positivo se >10 mm em crianças <4 anos, se houver quadro clínico subjacente ou exposição aumentada à tuberculose.</p> <p>Positivo se >5 mm, se a criança tiver contato direto com a tuberculose ou se houver achados clínicos ou radiográficos sugestivos.[68]</p> <p>»escarro ou aspirado gástrico: coloração</p>	

DIAGNOSIS

Comum

Tuberculose

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>positiva para bacilos álcool-ácido resistentes Difícil de obter amostra adequada de escarro, então os primeiros aspirados gástricos da manhã frequentemente são usados.</p> <p>»cultura de escarro ou do aspirado gástrico: crescimento positivo Teste definitivo, mas leva de 6-8 semanas para o crescimento.</p>	

Doença de Kawasaki

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, artralgias, dor abdominal, irritabilidade[38]	alterações nos membros (eritema agudo nas palmas das mãos ou solas dos pés, ou edema das mãos e dos pés; descamação periungueal nos dedos); exantema polimorfo; hiperemia conjuntival bulbar bilateral sem exsudatos; alterações nos lábios e na cavidade oral (eritema, lábios rachados, língua em morango, hiperemia difusa da mucosa oral e faríngea); linfadenopatia cervical (>1.5 cm de diâmetro), geralmente unilateral	<p>»Hemograma completo: contagem leucocitária >15,000/microlitro, anemia, trombocitose (plaquetas de 500,000/microlitro a >1,000,000/microlitro) 50% dos pacientes têm contagem leucocitária elevada; em geral, observa-se trombocitose depois da primeira semana da doença.</p> <p>»VHS/proteína C-reativa: VHS >40 mm/hora; proteína C-reativa >285.7 nanomoles/L (>3.0 mg/dL ou 30 mg/L)</p>	

Comum

 Doença de Kawasaki

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>Quase sempre elevada em pacientes com doença de Kawasaki.</p> <p>»testes de função hepática: aspartato transaminase (AST), alanina aminotransferase (ALT), gama-glutamiltransferase elevadas</p> <p>Aspartato transaminase (AST) e alanina aminotransferase (ALT) elevadas observadas em ≤40% dos pacientes; gama-glutamiltransferase elevada observada em dois terços dos pacientes.</p> <p>»análise da urina: piúria estéril leve a moderada Observada em um terço dos pacientes.</p> <p>»ecocardiograma: aneurismas da artéria coronária, disfunção miocárdica Principais sequelas da doença de Kawasaki.</p>	

 Artrite idiopática juvenil

História	Exame	1º exame	Outros exames
dor em ≥1 articulação com duração ≥6 semanas (artrite pauciarticular compromete ≤4 articulações,	edema, calor, sensibilidade nas articulações; alguns subtipos de artrite idiopática juvenil afetam	» Hemograma completo: contagem elevada de leucócitos Achado inespecífico.	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ Artrite idiopática juvenil

História	Exame	1º exame	Outros exames
doença poliarticular compromete ≥5 articulações); febre baixa geralmente de longa duração (por exemplo, 2 semanas); rigidez matinal; mialgias	preferencialmente articulações maiores, iridociclite[69]	<ul style="list-style-type: none"> »VHS/proteína C-reativa: elevado Frequentemente elevadas em proporção ao número de articulações envolvidas. »fator reumatoide: positiva Útil para diagnosticar certos subtipos de artrite idiopática juvenil, mas a ausência não descarta artrite idiopática juvenil. »fator antinuclear (FAN): positiva Detectável em certos subtipos, mas a ausência não descarta artrite idiopática juvenil. 	

🚩 Lúpus eritematoso sistêmico

História	Exame	1º exame	Outros exames
erupção cutânea malar, artralgias, mal-estar, dor torácica, convulsões, fotossensibilidade, psicose[70] [71]	perda de peso, hipertensão, edema, hepatomegalia, esplenomegalia, linfadenopatia, artrite, anormalidades nos nervos cranianos, erupção cutânea malar, erupção cutânea discoide, úlcera oral, artrite, serosite (pleurite ou pericardite)	<ul style="list-style-type: none"> »Hemograma completo: anemia hemolítica com reticulocitose, leucopenia, linfopenia, trombocitopenia Leucopenia: <4000/microlitro em ≥2 ocasiões. Linfopenia: <1000/microlitro em ≥2 ocasiões. Trombocitopenia: <100,000/microlitro. 	

Comum

Lúpus eritematoso sistêmico

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>»urinálise: proteinúria, cilindros celulares >0.5 g/dia ou proteinúria "3+".</p> <p>»teste imunológico: anticorpo antifosfolipídeo ou anticorpo anti-DNA positivos; ou anticorpo anti-Sm</p> <p>»fator antinuclear (FAN): título elevado Deve-se excluir a ingestão de medicamentos associada à síndrome do "lúpus induzido por medicamento".</p>	

Febre reumática

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre prolongada, história de faringite, dores das articulações, erupção cutânea, dor torácica, dispneia, movimentos involuntários	artrite (geralmente migratória e comprometendo grandes articulações), nódulos subcutâneos (normalmente firmes e indolores), eritema marginado (erupções cutâneas rosadas transitórias envolvendo o tronco e a porção proximal de braços e pernas), sopro, atrito pericárdico, coreia de Sydenham	<p>»teste rápido de antígeno estreptocócico ou cultura faríngea: teste rápido positivo ou crescimento de estreptococos beta-hemolíticos do grupo A na cultura Frequentemente negativo no momento da apresentação da febre reumática aguda.</p> <p>»título de anticorpos estreptocócicos: elevado ou aumentando nas medições seriadas Antiestreptolisina O é o anticorpo mais comumente testado.</p>	<p>»ecocardiografia: evidência de cardite, defeitos valvares</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmj.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Comum

Febre reumática

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<ul style="list-style-type: none"> » VHS/proteína C-reativa: elevado » eletrocardiograma (ECG): intervalo PR prolongado, bloqueio atrioventricular » radiografia torácica: cardiomegalia 	

Doença de Crohn

História	Exame	1º exame	Outros exames
náuseas, vômitos, diarreia (às vezes sanguinolenta), dor abdominal, perda de peso, artralgia[72]	palidez, distensão e sensibilidade abdominais, artrite, comprometimento anal e lesões orais, eritema nodoso, uveíte	<ul style="list-style-type: none"> » Hemograma completo: anemia, contagem plaquetária e leucocitária elevadas ou baixas Anemia por sangramento ou deficiência de ferro. » albumina sérica: <30 g/L (<3.0 g/dL) Perda de proteína por diarreia. » VHS/proteína C-reativa: elevado » radiografias abdominais: obstrução intestinal, pneumoperitôneo, megacôlon tóxico » perfil metabólico completo: enzimas hepáticas elevadas 	<ul style="list-style-type: none"> » endoscopia e biópsia: lesões inflamatórias no intestino delgado ou cólon Afeta qualquer parte do trato gastrointestinal, se estendendo por toda a espessura da parede.

Colite ulcerativa

História	Exame	1º exame	Outros exames
náuseas, vômitos, diarreia (às vezes sanguinolenta), dor	palidez, distensão e sensibilidade abdominais,	» Hemograma completo: anemia, contagens de plaquetas	» endoscopia: lesões inflamatórias geralmente restritas à

Comum

◊ Colite ulcerativa

História	Exame	1º exame	Outros exames
abdominal, perda de peso, dores nas articulações	erupções cutâneas, artrite, ausência de comprometimento anal	e de leucócitos elevadas ou baixas Anemia por sangramento ou deficiência de ferro. » albumina sérica: <30 g/L (<3.0 g/dL) Perda de proteína por diarréia. » VHS/proteína C-reativa: elevado Elevadas na maioria dos pacientes com doença inflamatória intestinal. » radiografias abdominais: obstrução intestinal, pneumoperitôneo, megacôlon tóxico » perfil metabólico completo: enzimas hepáticas elevadas	mucosa do cólon e do reto

🚩 Leucemia

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda de peso, inapetência, petequias, fadiga, palidez, dores ósseas, hematomas frequentes, cefaleia ^[7]	petequias ou púrpuras, dor testicular, linfadenopatia, hepatomegalia, esplenomegalia	» hemograma completo com esfregaço de sangue periférico: contagem de leucócitos anormalmente baixa ou alta, anemia, trombocitopenia; células anormais no esfregaço periférico » radiografia torácica: massa mediastinal » lactato desidrogenase: elevado	» biópsia da medula óssea: células malignas

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Comum

Leucemia

História	Exame	1º exame	Outros exames
		Reflete a carga de células malignas e a destruição celular; o nível no momento do diagnóstico está correlacionado com o prognóstico.	

Linfoma não Hodgkin

História	Exame	1º exame	Outros exames
sudorese noturna, inapetência, perda de peso, dispneia, tosse, prurido generalizado[7]	linfadenopatia, hepatomegalia, esplenomegalia, massa mandibular ou orbital	<p>»hemograma completo com esfregaço de sangue periférico: contagem de leucócitos anormalmente baixa ou alta, anemia, trombocitopenia; células anormais no esfregaço periférico</p> <p>»radiografia torácica: massa mediastinal</p> <p>»lactato desidrogenase: elevado</p> <p>Reflete a carga de células malignas e a destruição celular; o nível no momento do diagnóstico está correlacionado com o prognóstico.</p>	<p>»biópsia da medula óssea/linfonodo: células malignas</p>

◊ Febre relacionada a medicamentos

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de medicamentos e/ou mudança na posologia,	taquicardia; taquipneia; hipertensão; midríase; pele quente, ruborizada e seca (por exemplo,	» nenhum exame inicial: diagnóstico clínico	» nível de salicilato sérico: positiva

Comum

◊ Febre relacionada a medicamentos

História	Exame	1º exame	Outros exames
convulsões, estado mental alterado	anticolinérgicos); diaforese (por exemplo, cocaína, anfetaminas)		<p>Um rastreamento positivo pode confirmar a suspeita clínica.</p> <p>» eletrocardiograma (ECG): taquicardia sinusal, anormalidades de condução, onda R terminal na derivação aVR</p> <p>Observado com toxicidade de antidepressivos tricíclicos.</p> <p>» gasometria: acidemia/alcalemia; acidose/alcalose metabólica e respiratória</p> <p>Acidose/alcalose mistas podem coexistir, produzindo um pH próximo ao normal (por exemplo, overdose de aspirina).</p> <p>» rastreamento de outras substâncias lícitas/ilícitas: positiva</p> <p>Muitas intoxicações por abuso de substâncias lícitas/ilícitas podem ser clinicamente suspeitadas, e a solicitação confirmatória do rastreamento para drogas geralmente não é indicada. Pode ser de importância médico-legal (por exemplo, criança exposta a drogas ilícitas).</p>

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

39

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Comum**◊ Reação à vacina**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de vacinas, dor no local da injeção, agitação, prurido, vômitos, cefaleia[76]	hipersensibilidade no local da injeção, edema, massa local; erupção cutânea urticariforme; mialgia; vasodilatação[76]	» nenhum exame inicial: diagnóstico clínico	

Incomum**🚩Febre tifoide (febre entérica)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
mal-estar, vômitos, cefaleia, dor abdominal, diarreia, tosse, história de viagem recente ao exterior, exposição a produtos alimentícios contaminados (comumente frango e ovos)	bradicardia, manchas rosadas (tipicamente exantema maculopapular no tronco e abdome), hepatomegalia, esplenomegalia	<p>»hemocultura: crescimento positivo de <i>Salmonella typhi</i> (ou <i>S paratyphi</i>) De fácil obtenção, mas apresenta sensibilidade de apenas 40% a 80%.[51]</p> <p>»coprocultura: crescimento positivo de <i>S typhi</i> (ou <i>S paratyphi</i>) 30% de sensibilidade.[51]</p> <p>»urocultura: crescimento positivo de <i>S typhi</i> (ou <i>S paratyphi</i>) 0% a 58% de sensibilidade.[51]</p> <p>»teste de Widal: detecção dos抗ígenos O e H da <i>S typhi</i> Teste sorológico clássico, mas apresenta sensibilidade de apenas 47% a 77%.[51]</p>	<p>»cultura de medula óssea: crescimento positivo de <i>S typhi</i> (ou <i>S paratyphi</i>) 55% a 67% de sensibilidade.[51]</p>

Incomum**🚩 Endocardite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, mal-estar, sintomas decorrentes de êmbolos sépticos (por exemplo, acidente vascular cerebral)	sopro cardíaco, lesão de Janeway (lesões maculopapulares indolores nas palmas das mãos e nas solas dos pés), nódulos de Osler (nódulos dolorosos nas pontas dos dedos), manchas de Roth (lesões hemorrágicas na retina)	<p>»hemocultura: crescimento bacteriano (comumente <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Enterococcus</i>, <i>Streptococcus bovis</i>, <i>Streptococcus viridans</i>), organismos HACEK (espécies de <i>Haemophilus</i>, <i>Actinobacillus</i> <i>actinomycetemcomitans</i>, <i>Cardiobacterium hominis</i>, <i>Eikenella corrodens</i>, espécies de <i>Kingella</i>)</p> <p>Deve-se obter múltiplas hemoculturas, idealmente antes do início da antibioticoterapia.</p> <p>»ecocardiografia: detecção de vegetações, disfunção valvar, extensão perivalvar.^[52]</p>	

🚩 Abscesso hepático

História	Exame	1º exame	Outros exames
mal-estar, náuseas, vômitos, icterícia, dor abdominal no quadrante superior direito, dor torácica (pode ser confundida com infecção torácica), inapetência	icterícia, hepatomegalia, dor abdominal no quadrante superior direito, massa hepática, perda de peso	<p>»ultrassonografia ou tomografia computadorizada (TC) do abdome: abscessos são mais comumente encontrados no lobo direito^{[53] [54]}</p> <p>A maioria dos abscessos é tratada por drenagem percutânea guiada por ultrassonografia ou TC.</p>	

Incomum

Abscesso hepático

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>»TFHs: aspartato transaminase (AST), alanina aminotransferase (ALT) e bilirrubina elevadas Os testes da função hepática algumas vezes (mas nem sempre) são anormais.[54]</p>	

Abscesso cerebral

História	Exame	1º exame	Outros exames
irritabilidade, letargia, convulsões, baixa aceitação alimentar, irritabilidade paradoxal (chora mais quando é segurado), náuseas ou vômitos, cefaleia	pirexia ou hipotermia, déficits neurológicos focais, fontanela abaulada, papiledema	<p>»tomografia computadorizada (TC) de crânio com contraste: lesão cerebral com realce na borda em um abscesso bem definido; área hipodensa na infecção inicial</p> <p>Não tão sensível quanto a ressonância nuclear magnética (RNM) na detecção de lesões iniciais mas, em geral, de obtenção mais fácil.</p> <p>»ressonância nuclear magnética (RNM) com contraste por gadolínio: abscessos, cerebrite Melhor sensibilidade para lesões iniciais; melhor visualização da fossa posterior e do tronco encefálico.</p>	

Incomum

 Síndrome do choque tóxico estreptocócico

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre alta, confusão, mal-estar, erupção cutânea, diarreia, vômitos, dificuldade respiratória, varicela recente/atual	hipotensão (<5º percentil por idade para crianças <16 anos de idade), sinais de pneumonia, icterícia, sinais de insuficiência pré-renal, sangramento (devido à coagulopatia), erupção cutânea generalizada que pode descamar, necrose de tecidos moles, incluindo fasciite necrosante, miosite ou gangrena[40]	<p>»creatinina sérica: elevada em ≥2 vezes o limite superior do normal para a idade Para pacientes com doença renal preexistente, uma elevação >2 vezes que o valor inicial.</p> <p>»contagem plaquetária: <100,000/microlitro Alternativamente, coagulopatia como manifestada pela coagulação intravascular disseminada, definida por tempo de coagulação prolongado, baixo nível de fibrinogênio e presença de produtos de degradação da fibrina.</p> <p>»testes de função hepática: elevado ≥2 vezes o limite superior do normal para a idade (aspartato transaminase [AST], alanina aminotransferase [ALT], bilirrubina) Para pacientes com doença hepática preexistente, uma elevação >2 vezes que o nível inicial.</p> <p>»radiografia torácica: infiltrados pulmonares difusos</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exonerização de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Incomum

 Síndrome do choque tóxico estreptocócico

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>Ocorre com hipoxemia na ausência de insuficiência cardíaca ou pelo extravasamento capilar difuso, manifestado por início agudo de edema generalizado ou por derrames pleurais ou peritoneais com hipoalbuminemia.</p> <p>»hemocultura, cultura de líquido cefalorraquidiano (LCR) ou cultura de aspirado: isolamento de estreptococo do grupo A</p> <p>Um caso provável é o de um paciente que satisfaz a definição de caso clínico, mas sem isolamento de estreptococo do grupo A de um local não estéril e com nenhuma outra etiologia identificada. A cultura pode ser obtida do sangue, do líquido cefalorraquidiano (LCR), do aspirado da articulação ou de líquido pleural ou pericárdico.</p>	

Incomum**🚩 Síndrome do choque tóxico estafilocócico**

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre alta, confusão, mal-estar, erupção cutânea, diarreia, vômitos, mialgia grave, desorientação ou alterações na consciência, menstruação e uso de absorvente higiênico interno, lesão no membro distal especialmente paroníquia ou queimadura	hipotensão (<5 percentil por idade para crianças <16 anos de idade); queda ortostática na pressão arterial (PA) diastólica ≥15 mmHg, síncope ortostática ou tontura, eritrodermia macular difusa com descamação 1-2 semanas após o início da doença, particularmente envolvendo as palmas das mãos e as solas dos pés; hiperemia da membrana mucosa (vaginal, orofaríngea ou conjuntival)[40]	<ul style="list-style-type: none"> » creatina quinase: elevada >2 vezes acima do limite normal » nitrogênio ureico no sangue ou creatinina sérica: >2 vezes do limite superior do normal » contagem plaquetária: <100,000/microlitro » hemocultura, cultura faríngea ou de líquido cefalorraquidiano (LCR): ausência de crescimento de patógeno Às vezes as hemoculturas podem ser positivas para <i>Staphylococcus aureus</i>. 	

🚩 Tularemia

História	Exame	1º exame	Outros exames
forma ulceroglandular: linfadenopatia com (pápula ou úlcera que se desenvolve em escara na lesão cutânea de inoculação) ou sem alterações na pele, faringite, dor abdominal, vômitos, diarreia, tosse, dispneia; forma tifoide: febre, mas sem comprometimento da pele ou dos linfonodos; calafrios, cefaleia, anorexia, mialgias[55]	hepatosplenomegalia, linfadenopatia, conjuntivite, lesão cutânea, faringite exsudativa, desconforto abdominal, estertores	<ul style="list-style-type: none"> » aglutinação em tubo: título elevado >1:160, ou aumento de 4 vezes em títulos agudos e convalescentes O título geralmente aumenta 2-4 semanas após a infecção. 	<ul style="list-style-type: none"> » cultura de fluido corporal: positiva para <i>Francisella tularensis</i> O rendimento geralmente é baixo; risco à equipe do laboratório.

Incomum**◊ Brucelose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
mal-estar, fadiga, depressão, viagem recente, exposição a animais ou produtos animais (especialmente de queijo não pasteurizado), letargia, queixas ortopédicas, dor escrotal, dor abdominal, cefaleia, artralgia, perda de peso[56]	desconforto abdominal ou escrotal, hepatoesplenomegalia	» aglutinação sérica: títulos positivos >1:160 » ensaio de imunoadsorção enzimática (ELISA): positiva Resultados comparáveis com teste sorológico padrão.	» hemocultura: crescimento positivo Crescimento lento; o médico deve notificar ao laboratório de microbiologia que este é um possível diagnóstico.

◊ Leptospirose

História	Exame	1º exame	Outros exames
exposição a fontes ambientais (por exemplo, resíduos de animais, solo ou água contaminados), mialgias, calafrios, cefaleia, tosse, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal[57]	sufusão conjuntival, uveíte, evidências de hemorragia, hepatoesplenomegalia, sensibilidade muscular[57]	» hemocultura, cultura de líquido cefalorraquidiano (LCR) ou urocultura: positiva para crescimento de Leptospira Uroculturas tornam-se positivas mais tarde na evolução da doença. » ensaio de imunoadsorção enzimática (ELISA): positiva para Leptospira	» teste de aglutinação microscópica: positiva para Leptospira Teste padrão para o diagnóstico, desenvolvido em laboratórios de referência.

🚩 Encefalite

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia, convulsões, estado mental alterado	erupção cutânea inespecífica, déficits neurológicos focais, meningismo	» reação em cadeia da polimerase do LCR: positiva para o patógeno Teste para vários patógenos específicos como vírus do herpes simples, enterovírus, vírus do Nilo Ocidental.	

Incomum**Encefalite**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>» coloração de Gram e cultura do líquido cefalorraquidiano (LCR): pleocitose; positiva para o patógeno O vírus do herpes simples pode ser cultivado; a causa, muito raramente, também pode ser bacteriana (por exemplo, <i>Mycoplasma pneumoniae</i>).[59]</p> <p>» ressonância nuclear magnética (RNM) cerebral: anormal Áreas de lesões difusas hiperintensas com encefalite;[60] a desmielinização é observada na encefalomielite aguda desmielinizante; realce meníngeo.[61] [62]</p>	

Miocardite

História	Exame	1º exame	Outros exames
rinorreia, tosse, dor torácica, palpitações, dispneia, ortopneia, síncope, fadiga, vômitos, diarreias, dor abdominal, mialgias, baixa aceitação alimentar; história de viagem a áreas endêmicas pode sugerir uma etiologia infecciosa específica; história de doença autoimune	taquipneia, hipotensão, estertores, estase jugular, B3 em galope, B3 e B4 em galope de somação, atrito pericárdico, sopro, hipoperfusão periférica, taquicardia sinusal, arritmias atrial e ventricular, hepatomegalia, alteração sensorial	<p>» eletrocardiograma (ECG): mais comumente exibe taquicardia sinusal ou anormalidades inespecíficas no segmento ST e na onda T; baixas voltagens; desvio de eixo</p> <p>» ecocardiografia: anormalidades motoras e dilatação</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Incomum

Miocardite

História	Exame	1º exame	Outros exames
ou exposição a substâncias ou medicamentos possivelmente tóxicos		<p>globais e regionais do ventrículo esquerdo, regurgitação valvar, redução na fração de ejeção/encurtamento, hipertrofia ventricular, bloqueio atrioventricular</p> <p>»biópsia endomiocárdica (BEM): achados histopatológicos de infiltrados celulares miocárdicos ± necrose miocárdica</p> <p>Os potenciais riscos e benefícios da biópsia endomiocárdica (BEM) devem sempre ser cuidadosamente avaliados, particularmente durante a apresentação aguda, pois o risco de arritmia ou perfuração ventricular é o mais alto nesse momento.</p>	

Infecção por vírus do herpes simples (HSV)

História	Exame	1º exame	Outros exames
neonatos: febre materna no momento do parto, apresentação no primeiro mês de vida, 3 manifestações (doença disseminada, comprometimento do sistema nervoso central [SNC], comprometimento da pele/olhos/membrana mucosa), a maioria dos neonatos apresentam manifestações cutâneas, como	neonatos: febre ou instabilidade de temperatura com hipotermia, vesículas na pele/olhos/boca, desconforto respiratório e icterícia com doença disseminada, sinais neurológicos com comprometimento do SNC; crianças mais velhas: achados neurológicos focais com encefalite	<p>»cultura viral: vírus detectado</p> <p>Há maior aproveitamento se as vesículas puderem ser descobertas e se for possível passar um swab de algodão umedecido na base de uma úlcera. O swab deve ser colocado em</p>	<p>»ensaio de imunofluorescência direta viral: positiva Quase tão sensível quanto cultura viral.</p> <p>»ensaio sorológico de tipo específico: anticorpo positivo para HSV-1 ou HSV-2</p> <p>Solicitado para estabelecer a infecção por HSV e no rastreamento de</p>

Incomum

Infecção por vírus do herpes simples (HSV)

História	Exame	1º exame	Outros exames
vesículas agrupadas, letargia e baixa aceitação alimentar com doença disseminada ou comprometimento do SNC; crianças mais velhas: podem ter encefalite com alteração no estado mental, alterações de personalidade e convulsões (comumente focais)		<p>um meio de transporte viral.</p> <p>Usado inicialmente para estabelecer o diagnóstico. Swabs da nasofaringe, boca, conjuntivas e reto devem ser realizados em associação com as amostras de vesículas.</p> <p>»reação em cadeia da polimerase para HSV: positiva</p> <p>Há maior aproveitamento se as vesículas puderem ser descobertas e se for possível passar um swab de algodão umedecido na base de uma úlcera. O swab deve ser colocado em um meio de transporte viral.</p> <p>Pode ser feito em sangue e também em amostras de líquido cefalorraquidiano (LCR); considerado a referência padrão para detecção de infecção por vírus do herpes simples (HSV) no sistema nervoso central (SNC). Pode não estar disponível em alguns locais.</p>	<p>doença sexualmente transmissível (DST). Se negativo e ainda houver suspeita de uma infecção primária, o exame é repetido em 6-12 semanas.</p> <p>»teste de Tzanck: células gigantes multinucleadas e inclusões intranucleares eosinofílicas</p> <p>Baixa sensibilidade.</p>

Incomum

🚩 Infecção por vírus do herpes simples (HSV)

História	Exame	1º exame	Outros exames
		Maior sensibilidade que a cultura viral.	

🚩 Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)

História	Exame	1º exame	Outros exames
aquisição perinatal: infecção aguda primária geralmente assintomática; adolescentes: a infecção primária aguda se manifesta com febre, fadiga e mal-estar	infecção aguda primária em adolescentes: febre, adenopatia, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea	<p>»teste rápido para sorologia de HIV: positiva Testes laboratoriais à beira do leito detectam anticorpos anti-HIV-1. Um resultado positivo requer exame confirmatório com ensaio de imunoadsorção enzimática (ELISA) ou Western-blot.</p> <p>Não tem precisão em crianças <18 meses de idade por conta da presença dos anticorpos anti-HIV maternos.</p> <p>»sorologia para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) por ensaio de imunoadsorção enzimática (ELISA): positiva Testes para anticorpos anti-HIV-1. Resultados falso-negativos podem ocorrer durante o período janela imediatamente após a infecção, antes</p>	<p>»Western-blot sérico: positiva Caro, portanto, é usado mais frequentemente como teste confirmatório após um resultado positivo no ELISA ou no teste rápido.</p> <p>Durante o período janela, o resultado pode ser falsamente negativo ou indeterminado.</p> <p>Não tem precisão em crianças <18 meses de idade por conta da presença dos anticorpos anti-HIV maternos.</p> <p>»ensaio de reação em cadeia da polimerase com ácido desoxirribonucleico (DNA) do HIV-1 sérico: positiva Estudo diagnóstico de escolha em neonatos e lactentes; exames negativos em neonatos deverão ser repetidos quando o recém-</p>

Incomum**¶ Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>que os anticorpos para HIV tenham sido produzidos. Um resultado positivo deve ser confirmado com um Western-blot ou um segundo ELISA.</p> <p>O período janela pode ser reduzido para 2-4 semanas quando forem utilizados testes que incluem anticorpos IgM anti-HIV.</p> <p>Não tem precisão em crianças <18 meses de idade por conta da presença dos anticorpos anti-HIV maternos.</p>	nascido estiver mais velho.

◊ Toxoplasmose

História	Exame	1º exame	Outros exames
mal-estar, erupção cutânea, confusão, artralgias, paciente imunocomprometido, exposição a fezes de gato	estado mental alterado, convulsões, déficits neurológicos focais, linfadenopatia cervical ou supraclavicular (especialmente bilateral, simétrica, insensível à palpação)	<p>»teste sorológico: anticorpos IgG e IgM positivos</p> <p>Anticorpos IgG podem ser negativos em infecções iniciais.</p> <p>Pode ser realizado com ensaio de imunoabsorção enzimática (ELISA), teste de anticorpo fluorescente indireto ou teste do corante de Sabin-Feldman.</p>	

Incomum

🚩 Febre maculosa das Montanhas Rochosas

História	Exame	1º exame	Outros exames
cefaleia, confusão, mal-estar, náuseas, vômitos, mialgia, dor abdominal, diarreia, história de picada de carrapato[67]	erupção cutânea (comumente petequial e comprometendo as palmas das mãos e solas dos pés, mas pode ser somente maculopapular), conjuntivite, estado mental alterado, linfadenopatia, edema periférico, hepatomegalia[67]	» sorologia: positiva para a detecção de anticorpos anti-rickettsias Pode ser negativa no início da doença.	» biópsia de pele: rickettsias encontradas via imunocoloração de amostras de tecido Detecção rapidamente inibida por antibioticoterapia.

◊ Sarcoidose

História	Exame	1º exame	Outros exames
tosse, fadiga, artralgias, sibilância, fotofobia, olho vermelho, visão turva, perda de peso, cefaleia[73] [74]	perda de peso, linfadenopatia, eritema nodoso, uveíte[73] [74]	» radiografia torácica: linfadenopatia hilar	» biópsia da pele ou dos linfonodos: granuloma epitelioides não caseoso

🚩 Linfoma de Hodgkin

História	Exame	1º exame	Outros exames
sudorese noturna, inapetência, perda de peso, dispneia, tosse, prurido generalizado[7]	linfadenopatia, hepatomegalia, esplenomegalia	» hemograma completo com esfregaço de sangue periférico: contagem de leucócitos anormalmente baixa ou alta, anemia, trombocitopenia; células anormais no esfregaço periférico » radiografia torácica: massa mediastinal » lactato desidrogenase: elevado Reflete a carga de células malignas e a destruição celular;	

Incomum**Linfoma de Hodgkin**

História	Exame	1º exame	Outros exames
		<p>o nível no momento do diagnóstico está correlacionado com o prognóstico.</p> <p>»biópsia tecidual: células malignas</p>	

Tempestade tireoidiana

História	Exame	1º exame	Outros exames
perda de peso, tremores, palpitações, diarreia, diaforese, fadiga, náuseas, vômitos[75]	taquicardia, história de percentis de peso em queda sugestiva de tireotoxicose, tremores, bório, sopro tireoidiano, agitação, hiper-reflexia, estupor, hepatomegalia	<p>»hormônio estimulante da tireoide (TSH): suprimido</p> <p>»T4: acentuadamente elevado</p>	

Síndrome serotoninérgica

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de certos medicamentos ou combinação deles (por exemplo, inibidores seletivos de recaptação de serotonina, inibidores da monoaminoxidase, antidepressivos tricíclicos etc.); calafrios, sudorese, espasmos, agitação/ delirium, cefaleia, náuseas, diarreia	taquicardia, hipertensão, pupilas dilatadas, tremores, hiper-reflexia, clônu, rigidez muscular, clônu ocular ou induzível, agitação, diaforese, ruídos hidroaéreos hiperativos, choque[77]	<p>»nenhum exame inicial: diagnóstico clínico</p>	

◊ Doença do soro/reação semelhante à doença do soro

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de exposição a soro (doença do soro), como vacina antirrábica, antídoto	poliartrite, urticária	<p>»nenhum exame inicial: diagnóstico clínico</p>	

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Incomum**◊ Doença do soro/reAÇÃO semelhante à doença do soro**

História	Exame	1º exame	Outros exames
para crotalídeos; início em 1-3 semanas após exposição a medicamentos como penicilinas, sulfametoxazol/trimetoprima, que remitem na reintrodução (reação semelhante à doença do soro); erupções cutâneas, dores nas articulações, mal-estar, prurido[78]			

◊ Febre factícia

História	Exame	1º exame	Outros exames
criança mais velha/adolescente; história/sintomas inconsistentes, história psicossocial; socialmente isolada[79]	exame físico normal; emoção indiferente	» nenhum exame inicial: diagnóstico clínico	

🚩 Síndrome de Munchausen por procuração

História	Exame	1º exame	Outros exames
crianças mais novas; história/sintomas inconsistentes, história psicossocial, história prévia de abuso infantil ou preocupações	pode ser normal; pode haver sinais de abuso físico (hematomas, hemorragias na retina, fraturas)	» nenhum exame inicial: diagnóstico clínico	

🚩 Doenças relacionadas ao calor

História	Exame	1º exame	Outros exames
exposição a clima quente, mal-estar, confusão, cãibras musculares, sede, diminuição do débito urinário, convulsões[80]	taquicardia, taquipneia, vômitos, diarreia, desidratação, estado mental alterado, hipotensão; pele quente e seca	» Hemograma completo: hemoconcentração, trombocitopenia	

Incomum**Doenças relacionadas ao calor**

História	Exame	1º exame	Outros exames
	(frequentemente, mas nem sempre)	<ul style="list-style-type: none"> »testes da função renal: insuficiência renal »testes de função hepática: transaminite »creatina quinase: elevado 	

◊ Distúrbios autonômicos pediátricos

História	Exame	1º exame	Outros exames
temperatura corporal diminuída ou aumentada, cefaleia, tontura, síncope, problemas alimentares, problemas de visão, vômitos recorrentes, hiperidrose ou hipoidrose, ausência de lágrimas, diarreia, insuficiência no crescimento, desenvolvimento tardio, pais judeus asquenaze, história de aspiração ou vômitos, sudorese excessiva ou diminuída, predisposição emocional, automutilação[81]	hipertensão/ hipotensão postural, ausência de lágrimas, reflexos anormais, anisocoria, disfunção respiratória[81]	» nenhum exame inicial: diagnóstico clínico	<ul style="list-style-type: none"> »teste genético: positivo para mutação conhecida A disautonomia familiar é autossômica recessiva.

Diretrizes de diagnóstico**Europa****Fever in under 5s: assessment and initial management**

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence
Última publicação em: 2017

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Jun 22, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Europa

Consensus document on the differential diagnosis and therapeutic approach to recurrent fever

Publicado por: Paediatric Infectology Society; Paediatric Rheumatology Society

Última publicação em: 2011

Artigos principais

- Chusid MJ. Fever of unknown origin in childhood. *Pediatr Clin North Am.* 2017;64:205-230.
- Baker MD, Bell LM. Unpredictability of serious bacterial illness in febrile infants from birth to 1 month of age. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999;153:508-511. [Texto completo](#)
- Baker MD, Bell LM, Avner JR. Outpatient management without antibiotics of fever in selected infants. *N Engl J Med.* 1993;329:1437-1441. [Texto completo](#)
- Baskin MN, O'Rourke EJ, Fleisher GR. Outpatient treatment of febrile infants 28 to 89 days of age with intramuscular administration of ceftriaxone. *J Pediatr.* 1992;120:22-27.
- Shaikh N, Morone NE, Lopez J, et al. Does this child have a urinary tract infection? *JAMA.* 2007;298:2895-2904.
- Bradley JS, Byington CL, Shah SS, et al. The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2011;53:e25-e76. [Texto completo](#)
- Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Pediatrics.* 2004;114:1708-1733. [Texto completo](#)
- Centers for Disease Control and Prevention. Case definitions for infectious conditions under public health surveillance. *MMWR Recomm Rep.* 1997;46:1-55. [Texto completo](#)
- Slavin RG, Spector SL, Bernstein IL, et al. The diagnosis and management of sinusitis: a practice parameter update. *J Allergy Clin Immunol.* 2005;116(suppl 6):S13-S47.
- Kocher MS, Zurakowski D, Kasser JR. Differentiating between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children: an evidence-based clinical prediction algorithm. *J Bone Joint Surg Am.* 1999;81:1662-1670.
- Wormser GP, Dattwyler RJ, Shapiro ED, et al. The clinical assessment, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2006;43:1089-1134. [Erratum in: *Clin Infect Dis.* 2007;45:941.] [Texto completo](#)

Referências

1. Petersdorf RG, Beeson PB. Fever of unexplained origin: report on 100 cases. *Medicine (Baltimore).* 1961;40:1-30.

2. Chusid MJ. Fever of unknown origin in childhood. *Pediatr Clin North Am.* 2017;64:205-230.
3. Chow A, Robinson JL. Fever of unknown origin in children: a systematic review. *World J Pediatr.* 2011;7:5-10.
4. Greenes DS, Harper MB. Low risk of bacteremia in febrile children with recognizable viral syndromes. *Pediatr Infect Dis J.* 1999;18:258-261.
5. Freedman SB, Haladyn JK, Floh A, et al. Pediatric myocarditis: emergency department clinical findings and diagnostic evaluation. *Pediatrics.* 2007;120:1278-1285.
6. Durani Y, Egan M, Baffa J, et al. Pediatric myocarditis: presenting clinical characteristics. *Am J Emerg Med.* 2009;27:942-947.
7. Forgie SE, Robinson JL. Pediatric malignancies presenting as a possible infectious disease. *BMC Infect Dis.* 2007;7:44. [Texto completo](#)
8. Advanced Life Support Group. Advanced paediatric life support: a practical approach to emergencies (APLS). 6th ed. Oxford, Wiley-Blackwell; 2016.
9. National Institute for Health and Care Excellence. Fever in under 5s: assessment and initial management. August 2017. <http://www.nice.org.uk/> (last accessed 23 September 2017). [Texto completo](#)
10. Royal College of Paediatrics and Child Health. A safe system framework for recognising and responding to children at risk of deterioration. July 2016. <http://www.rcpch.ac.uk/> (last accessed 13 October 2017). [Texto completo](#)
11. National Institute for Health and Care Excellence. Sepsis: recognition, diagnosis and early management. September 2017. <https://www.nice.org.uk/> (last accessed 13 October 2017). [Texto completo](#)
12. Goldstein B, Giroir B, Randolph A; International Consensus Conference on Pediatric Sepsis. International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. *Pediatr Crit Care Med.* 2005;6:2-8.
13. Graneto JW, Soglin DF. Maternal screening of childhood fever by palpation. *Pediatr Emerg Care.* 1996;12:183-184.
14. Hooker EA, Smith SW, Miles T, et al. Subjective assessment of fever by parents: comparison with measurement by noncontact tympanic thermometer and calibrated rectal glass mercury thermometer. *Ann Emerg Med.* 1996;28:313-317.
15. Stanley R, Pagon Z, Bachur R. Hyperpyrexia among infants younger than 3 months. *Pediatr Emerg Care.* 2005;21:291-294.
16. Trautner BW, Caviness AC, Gerlacher GR, et al. Prospective evaluation of the risk of serious bacterial infection in children who present to the emergency department with hyperpyrexia (temperature of 106 degrees F or higher). *Pediatrics.* 2006;118:34-40. [Texto completo](#)

17. Baker MD, Fosarelli PD, Carpenter RO. Childhood fever: correlation of diagnosis with temperature response to acetaminophen. *Pediatrics*. 1987;80:315-318.
18. Mandl KD, Stack AM, Fleisher GR. Incidence of bacteremia in infants and children with fever and petechiae. *J Pediatr*. 1997;131:398-404.
19. Herz AM, Greenhow TL, Alcantara J, et al. Changing epidemiology of outpatient bacteremia in 3- to 36-month-old children after the introduction of the heptavalent-conjugated pneumococcal vaccine. *Pediatr Infect Dis J*. 2006;25:293-300.
20. McCarthy PL, Sharpe MR, Spiesel SZ, et al. Observation scales to identify serious illness in febrile children. *Pediatrics*. 1982;70:802-809.
21. Long SS, Pool TE, Vodzak J, et al. Herpes simplex virus infection in young infants during 2 decades of empiric acyclovir therapy. *Pediatr Infect Dis J*. 2011;30:556-561.
22. Van den Bruel A, Thompson MJ, Haj-Hassan T, et al. Diagnostic value of laboratory tests in identifying serious infections in febrile children: systematic review. *BMJ*. 2011;342:d3082. [Texto completo](#)
23. Baker MD, Bell LM. Unpredictability of serious bacterial illness in febrile infants from birth to 1 month of age. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153:508-511. [Texto completo](#)
24. Baker MD, Avner JR, Bell LM. Failure of infant observation scales in detecting serious illness in febrile, 4- to 8-week-old infants. *Pediatrics*. 1990;85:1040-1043.
25. Baker MD, Bell LM, Avner JR. Outpatient management without antibiotics of fever in selected infants. *N Engl J Med*. 1993;329:1437-1441. [Texto completo](#)
26. Baker MD, Bell LM, Avner JR. The efficacy of routine outpatient management without antibiotics of fever in selected infants. *Pediatrics*. 1999;103:627-631.
27. Baskin MN, O'Rourke EJ, Fleisher GR. Outpatient treatment of febrile infants 28 to 89 days of age with intramuscular administration of ceftriaxone. *J Pediatr*. 1992;120:22-27.
28. Bonsu BK, Harper MB. Identifying febrile young infants with bacteremia: is the peripheral white blood cell count an accurate screen? *Ann Emerg Med*. 2003;42:216-225.
29. Bonsu BK, Harper MB. Utility of the peripheral blood white blood cell count for identifying sick young infants who need lumbar puncture. *Ann Emerg Med*. 2003;41:206-214.
30. Mahajan P, Grzybowski M, Chen X, et al. Procalcitonin as a marker of serious bacterial infections in febrile children younger than 3 years old. *Acad Emerg Med*. 2014;21:171-179. [Texto completo](#)
31. Milcent K, Faesch S, Gras-Le Guen C, et al. Use of procalcitonin assays to predict serious bacterial infection in young febrile infants. *JAMA Pediatr*. 2016;170:62-69.
32. American College of Emergency Physicians Clinical Policies Committee; American College of Emergency Physicians Clinical Policies Subcommittee on Pediatric Fever. Clinical policy for children

- younger than three years presenting to the emergency department with fever. Ann Emerg Med. 2003;42:530-545.
33. Shaikh N, Morone NE, Lopez J, et al. Does this child have a urinary tract infection? JAMA. 2007;298:2895-2904.
34. Bachur R, Perry H, Harper MB. Occult pneumonias: empiric chest radiographs in febrile children with leukocytosis. Ann Emerg Med. 1999;33:166-173.
35. Murphy CG, van de Pol AC, Harper MB, et al. Clinical predictors of occult pneumonia in the febrile child. Acad Emerg Med. 2007;14:243-249.
36. Bradley JS, Byington CL, Shah SS, et al. The management of community-acquired pneumonia in infants and children older than 3 months of age: clinical practice guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2011;53:e25-e76. [Texto completo](#)
37. Sanders S, Barnett A, Correa-Velez I, et al. Systematic review of the diagnostic accuracy of C-reactive protein to detect bacterial infection in nonhospitalized infants and children with fever. J Pediatr. 2008;153:570-574.
38. Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. Pediatrics. 2004;114:1708-1733. [Texto completo](#)
39. American Heart Association. Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever. Jones Criteria, 1992 update. Special Writing Group of the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young of the American Heart Association. JAMA. 1992 Oct 21;268(15):2069-73. [Erratum in: JAMA. 1993 Jan 27;269(4):476.]
40. Centers for Disease Control and Prevention. Case definitions for infectious conditions under public health surveillance. MMWR Recomm Rep. 1997;46:1-55. [Texto completo](#)
41. Gorelick MH, Shaw KN. Screening tests for urinary tract infection in children: a meta-analysis. Pediatrics. 1999;104:e54. [Texto completo](#)
42. Lynch T, Platt R, Gouin S, et al. Can we predict which children with clinically suspected pneumonia will have the presence of focal infiltrates on chest radiographs? Pediatrics. 2004;113:e186-e189. [Texto completo](#)
43. Slavin RG, Spector SL, Bernstein IL, et al. The diagnosis and management of sinusitis: a practice parameter update. J Allergy Clin Immunol. 2005;116(suppl 6):S13-S47.
44. Nigrovic LE, Kuppermann N, Macias CG, et al. Clinical prediction rule for identifying children with cerebrospinal fluid pleocytosis at very low risk of bacterial meningitis. JAMA. 2007;297:52-60. [Texto completo](#)

45. Tyler KL. Herpes simplex virus infections of the central nervous system: encephalitis and meningitis, including Mollaret's. *Herpes*. 2004;11(suppl 2):57A-64A.
46. Kuppermann N, Fleisher GR, Jaffe DM. Predictors of occult pneumococcal bacteremia in young febrile children. *Ann Emerg Med*. 1998;31:679-687.
47. Stoll ML, Rubin LG. Incidence of occult bacteremia among highly febrile young children in the era of the pneumococcal conjugate vaccine: a study from a children's hospital emergency department and urgent care center. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:671-675. [Texto completo](#)
48. Kocher MS, Zurakowski D, Kasser JR. Differentiating between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children: an evidence-based clinical prediction algorithm. *J Bone Joint Surg Am*. 1999;81:1662-1670.
49. Unkila-Kallio L, Kallio MJ, Eskola J, et al. Serum C-reactive protein, erythrocyte sedimentation rate, and white blood cell count in acute hematogenous osteomyelitis of children. *Pediatrics*. 1994;93:59-62.
50. Jacobs RF, Schutze GE. *Bartonella henselae* as a cause of prolonged fever and fever of unknown origin in children. *Clin Infect Dis*. 1998;26:80-84.
51. Bhutta ZA. Current concepts in the diagnosis and treatment of typhoid fever. *BMJ*. 2006;333:78-82.
52. Baltimore RS, Gewitz M, Baddour LM, et al; American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young and the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. Infective endocarditis in childhood: 2015 update: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2015;132:1487-1515. [Texto completo](#)
53. Muorah M, Hinds R, Verma A, et al. Liver abscesses in children: a single center experience in the developed world. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2006;42:201-206.
54. Rahimian J, Wilson T, Oram V, et al. Pyogenic liver abscess: recent trends in etiology and mortality. *Clin Infect Dis*. 2004;39:1654-1659. [Texto completo](#)
55. Nigrovic LE, Wingerter SL. Tularemia. *Infect Dis Clin North Am*. 2008;22:489-504;ix.
56. Shen MW. Diagnostic and therapeutic challenges of childhood brucellosis in a nonendemic country. *Pediatrics*. 2008;121:e1178-e1183.
57. Bharti AR, Nally JE, Ricardi JN, et al. Leptospirosis: a zoonotic disease of global importance. *Lancet Infect Dis*. 2003;3:757-771.
58. Nystad TW, Myrmel H. Prevalence of primary versus reactivated Epstein-Barr virus infection in patients with VCA IgG-, VCA IgM- and EBNA-1-antibodies and suspected infectious mononucleosis. *J Clin Virol*. 2007;38:292-297.
59. Christie LJ, Honarmand S, Talkington DF, et al. Pediatric encephalitis: what is the role of *Mycoplasma pneumoniae*? *Pediatrics*. 2007;120:305-313.

60. Silvia MT, Licht DJ. Pediatric central nervous system infections and inflammatory white matter disease. *Pediatr Clin North Am.* 2005;52:1107-1126;ix.
61. Leake JA, Albani S, Kao AS, et al. Acute disseminated encephalomyelitis in childhood: epidemiologic, clinical and laboratory features. *Pediatr Infect Dis J.* 2004;23:756-764.
62. Tenembaum S, Chitnis T, Ness J, et al. Acute disseminated encephalomyelitis. *Neurology.* 2007;68(suppl 2):S23-S36.
63. Greenwood BM, Bojang K, Whitty CJ, et al. Malaria. *Lancet.* 2005;365:1487-1498.
64. Feder HM Jr, Gerber MA, Krause PJ, et al. Early Lyme disease: a flu-like illness without erythema migrans. *Pediatrics.* 1993;91:456-459.
65. Feder HM Jr. Lyme disease in children. *Infect Dis Clin North Am.* 2008;22:315-326;vii.
66. Wormser GP, Dattwyler RJ, Shapiro ED, et al. The clinical assessment, treatment, and prevention of Lyme disease, human granulocytic anaplasmosis, and babesiosis: clinical practice guidelines by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2006;43:1089-1134. [Erratum in: *Clin Infect Dis.* 2007;45:941.] [Texto completo](#)
67. Buckingham SC, Marshall GS, Schutze GE, et al. Clinical and laboratory features, hospital course, and outcome of Rocky Mountain spotted fever in children. *J Pediatr.* 2007;150:180-184.
68. Feja K, Saiman L. Tuberculosis in children. *Clin Chest Med.* 2005;26:295-312;vii.
69. Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet.* 2007;369:767-778.
70. Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1997;40:1725.
71. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 1982;25:1271-1277.
72. Diefenbach KA, Breuer CK. Pediatric inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol.* 2006;12:3204-3212. [Texto completo](#)
73. Hoffmann AL, Milman N, Byg KE. Childhood sarcoidosis in Denmark 1979-1994: incidence, clinical features and laboratory results at presentation in 48 children. *Acta Paediatr.* 2004;93:30-36.
74. Shetty AK, Gedalia A. Childhood sarcoidosis: a rare but fascinating disorder. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2008;6:16. [Texto completo](#)
75. McKeown NJ, Tews MC, Gossain VV, et al. Hyperthyroidism. *Emerg Med Clin North Am.* 2005;23:669-685;viii.
76. Zhou W, Pool V, Iskander JK, et al. Surveillance for safety after immunization: Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) - United States, 1991-2001. *MMWR Surveill Summ.* 2003;52:1-24. [Texto completo](#)

77. Boyer EW, Shannon M. The serotonin syndrome. *N Engl J Med.* 2005;352:1112-1120.
78. Segal AR, Doherty KM, Leggott J, et al. Cutaneous reactions to drugs in children. *Pediatrics.* 2007;120:e1082-e1096.
79. Libow JA. Child and adolescent illness falsification. *Pediatrics.* 2000;105:336-342.
80. Jardine DS. Heat illness and heat stroke. *Pediatr Rev.* 2007;28:249-258.
81. Axelrod FB, Chelimsky GG, Weese-Mayer DE. Pediatric autonomic disorders. *Pediatrics.* 2006;118:309-321.

Imagens



Figura 1: Eritema migratório

Cortesia de Christian Speil, Southern Illinois University School of Medicine, Springfield, IL

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
	Numerais de 5 dígitos
	Numerais de 4 dígitos
	Numerais < 1

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Paul Ishimine, MD

Director

Pediatric Emergency Medicine, Department of Emergency Medicine, UC San Diego Health System,
Fellowship Director, Pediatric Emergency Medicine, Rady Children's Hospital, San Diego, Clinical Professor
of Emergency Medicine and Pediatrics, University of California, San Diego School of Medicine, San Diego,
CA

DIVULGAÇÕES: PI declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

Linton Yee, MD

Associate Professor

Departments of Pediatrics and Surgery, Director of Pediatric Emergency Medicine Education, Duke
University School of Medicine, Durham, NC

DIVULGAÇÕES: LY declares that he has no competing interests.

Philip Spandorfer, MD, MSCE

Pediatric Emergency Medicine

Children's Healthcare of Atlanta at Scottish Rite, Atlanta, GA

DIVULGAÇÕES: PS declares that he has no competing interests.

Esse Menson,

Consultant in Paediatric Infectious Diseases

Evelina Children's Hospital, London, UK

DIVULGAÇÕES: EM declares that she has no competing interests.