



Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

CASOS DE FEBRE EM PEDIATRIA

Aula interativa — UNIMAX Internato 2026

*Material acadêmico de apoio ao estudo; não substitui as diretrizes vigentes nem o julgamento clínico.
As condutas devem ser individualizadas.*

CASO CLÍNICO 1

- ▶ **HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL (HMA)**
- ▶ Mãe relata que a criança iniciou quadro de febre aferida (máximo de 38,8 °C) há 3 dias, com intervalos de aproximadamente 6 horas. Faz uso de Paracetamol (dose adequada), com boa resposta térmica e melhora do estado geral nos períodos afebris.
- ▶ Ontem, a mãe notou que a criança estava "com bafo" e reclamou de dor discreta ao engolir. Nega tosse, coriza, espirros, obstrução nasal ou sintomas gastrointestinais (vômitos ou diarreia).

CASO CLÍNICO 1

▶ EXAME FÍSICO

- ▶ Geral: BEG, corada, hidratada, ativa e reativa, eupneica, acianótica, anictérica.
- ▶ Sinais Vitais: Temp: 38,2 °C FC:105 bpm FR:22 irpm SatO2: 98% em AA.
- ▶ TEC: < 3 seg.
- ▶ Oroscopia: Hiperemia intensa de pilares amigdalianos e úvula. Amígdalas hipertróficas (grau II/IV), hiperemiadas, sem exsudato purulento franco, mas com presença de petéquias no palato mole e úvula. Halitose presente.
- ▶ Otoscopia: Membranas timpânicas íntegras, perláceas e com brilho preservado bilateralmente.
- ▶ Pescoço: Gânglios submandibulares palpáveis bilateralmente, móveis, fibroelásticos, levemente dolorosos, de aprox. 1,5 cm.
- ▶ Cardiopulmonar: Murmúrio vesicular presente e simétrico, sem ruídos adventícios. Bulhas rítmicas, normofonéticas, sem sopros.
- ▶ Abdome: Flácido, indolor, sem visceromegalias. RHA presentes.
- ▶ Pele: Sem exantemas.

CASO CLÍNICO 1

- ▶ Qual a principal hipótese ?
- ▶ Outras hipóteses diagnósticas?
- ▶ Plano terapêutico?



CASO CLÍNICO 1

- ▶ **Resposta:** A principal hipótese é Faringotonsilite Estreptocócica (Bacteriana).
- ▶ **Justificativa:**
- ▶ Embora o bom estado geral e a idade pudessem sugerir etiologia viral (que é a causa mais comum em mais de 90% das febres, conforme a literatura), a paciente apresenta sinais clássicos que aumentam a probabilidade de infecção por *Streptococcus pyogenes* (Estreptococo do Grupo A):
- ▶ **Idade:** 6 anos (faixa etária de pico para faringite estreptocócica: 5-15 anos).
- ▶ **Ausência de sintomas virais típicos:** Nega tosse, coriza ou rouquidão.
- ▶ **Achados no exame físico:** Hiperemia intensa, petéquias no palato (sinal muito sugestivo de estreptococo, embora não patognomônico), adenopatia cervical anterior dolorosa e febre alta ($>38^{\circ}\text{C}$).
- ▶ **Raciocínio Clínico:**
- ▶ **Utilizando os critérios de Centor modificados (Mclsaac):** Febre $>38^{\circ}\text{C}$ (+1), Ausência de tosse (+1), Adenopatia cervical sensível (+1), Idade 3-14 anos (+1).
- ▶ **Total = 4 pontos.** Isso indica alta probabilidade pré-teste para estreptococo.

CASO CLÍNICO 1

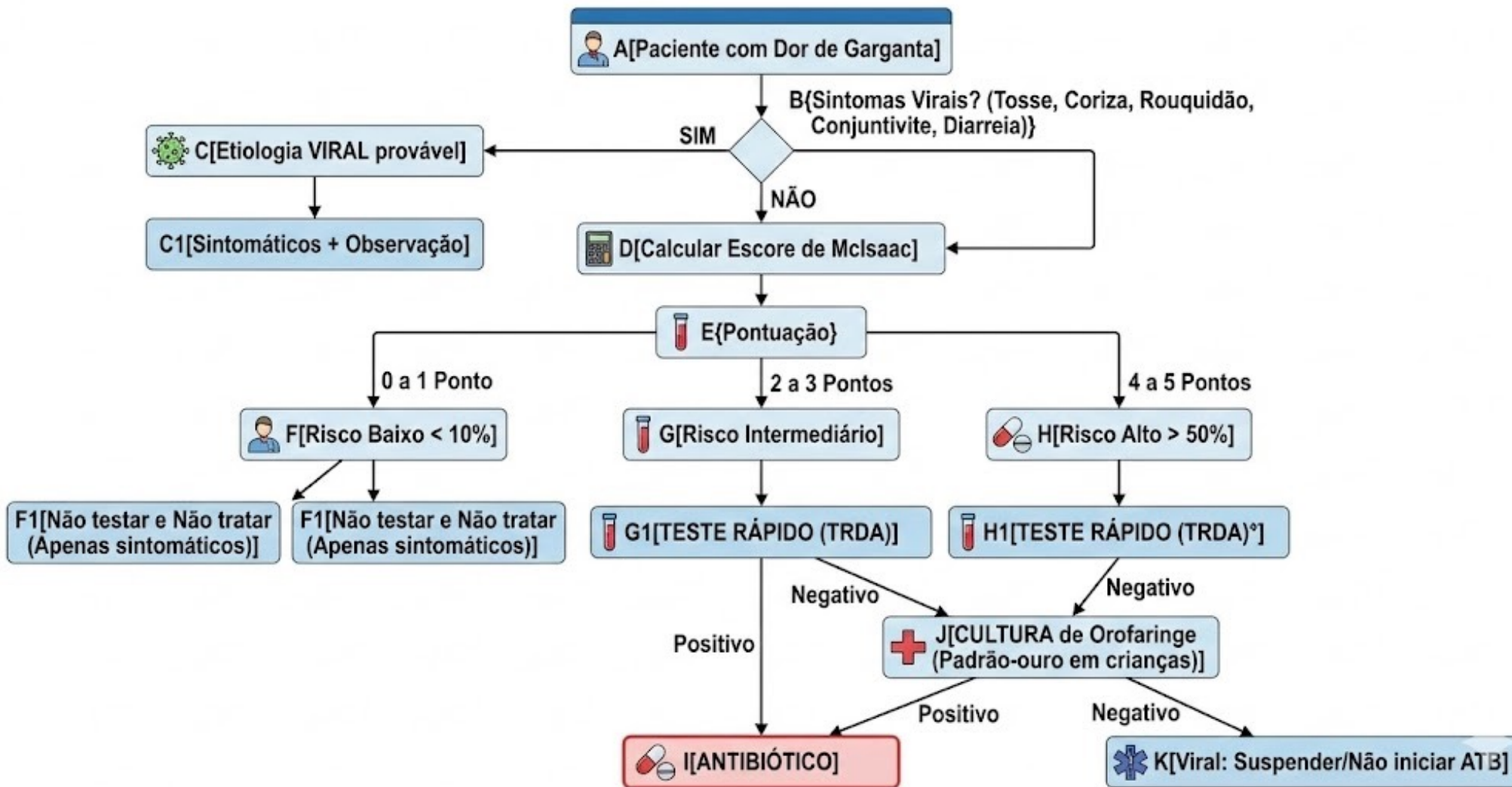
Critérios e Pontuação (Mclsaac)

Cada item soma ou subtrai pontos. A pontuação final varia de -1 a 5.

Critério Clínico	Pontos
Febre (> 38 °C)	+1
Ausência de Tosse	+1
Adenopatia Cervical Anterior (dolorosa)	+1
Exsudato ou Edema nas tonsilas	+1
Idade	
3 a 14 anos	+1
15 a 44 anos	0
≥ 45 anos	-1



FLUXOGRAMA DE MANEJO DA FARINGOAMIGDALITE AGUDA (Escore de McIsaac)



CASO CLÍNICO 2

- ▶ **HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL (HMA)**
- ▶ Mãe relata que o paciente iniciou quadro de rinorreia hialina, obstrução nasal e tosse seca leve há 7 dias. Foi medicado com sintomáticos (descongestionante oral) com melhora parcial. Há 2 dias (5º dia de evolução), apresentou piora súbita do estado geral, recrudescência da febre (picos de 39 °C, de difícil controle), e mudança do padrão da tosse, que se tornou produtiva (catarro amarelado) e intensa.
- ▶ História de Atopia/Asma: Apresenta sibilância recorrente (1-2x/mês)
- ▶ Histórico de Infecções: Relato de "várias pneumonias"

CASO CLÍNICO 2

- ▶ **EXAME FÍSICO**
- ▶ **Geral:** REG, prostrado, hipocorado (+/4+), mucosa oral seca, olhos encovados, acianótico. Fala frases curtas devido à dispneia.
- ▶ **Sinais Vitais:** Temp: 38,6 °C | FC: 125 bpm (taquicárdico) | FR: 48 irpm (taquipneico) | SatO2: 91% em AA.
- ▶ **TEC:** 3-4 seg.
- ▶ **Respiratório:** Inspeção com tiragem subcostal e intercostal moderada. Expiração prolongada. Ausculta com murmúrio vesicular globalmente diminuído, sibilos expiratórios difusos e crepitações finas (estertores) em base pulmonar direita.
- ▶ **Cardiovascular:** Ritmo regular, 2T, sem sopros. Pulsos palpáveis, porém finos.
- ▶ **Oroscopia:** Hiperemia faríngea leve.
- ▶ **Otoscopia:** Normal.

CASO CLÍNICO 2

- ▶ 1. Qual a principal hipótese diagnóstica sindrômica e etiológica? Justifique.
- ▶ 2. É preciso solicitar exames complementares? Se sim, quais e o que espera encontrar?
- ▶ 3. Qual o tratamento e plano terapêutico?



CASO CLÍNICO 2

▶ RESPOSTAS

- ▶ 1. Qual a principal hipótese diagnóstica sindrômica e etiológica? Justifique.
- ▶ O diagnóstico é Insuficiência Respiratória Aguda secundária a Pneumonia Bacteriana Comunitária e Desidratação Moderada.
- ▶ 2. É preciso solicitar exames complementares? Se sim, quais e o que espera encontrar?
- ▶ Sim, este paciente requer internação e propedêutica de urgência.
- ▶ Radiografia de Tórax (PA e Perfil, Hemograma e PCR/VHS, Gasometria Arterial (ou venosa, Ureia, Creatinina e Eletrólitos.
- ▶ 3. Qual o tratamento e plano terapêutico imediato na sala de emergência?
- ▶ Oxigenoterapia, Manejo da Crise de Asma: Beta-2 agonista de curta duração (Salbutamol spray 4-6 jatos ou nebulização) a cada 20 minutos na primeira hora, associado a Brometo de Ipratrópio na primeira dose. Corticoide sistêmico precoce (Prednisolona oral 1-2 mg/kg ou Metilprednisolona IV se acesso rápido) para reverter a inflamação da via aérea.
- ▶ Antibioticoterapia, Hidratação, Internação Hospitalar

CASO CLÍNICO 3

- ▶ **QUEIXA PRINCIPAL**
- ▶ Febre e "moleza" intensa há 18 horas.
- ▶ **HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL (HMA)**
- ▶ Mãe relata que a criança estava bem até ontem à tarde, quando iniciou quadro de febre alta não aferida, associada a coriza leve, cefaleia holocraniana e mialgia.
- ▶ Foi medicada com Ibuprofeno. Durante a madrugada, a mãe percebeu a criança gemente, muito sonolenta e com extremidades frias, apesar da febre.
- ▶ Nas últimas 6 horas, houve piora rápida da sonolência, tornando-se pouco responsiva a estímulos. Nega vômitos, diarreia ou sintomas urinários. Nega contato com pessoas doentes.



CASO CLÍNICO 3

▶ EXAME FÍSICO

- ▶ Geral: MEG, torporosa (Glasgow 10 - AO:2, RV:4, RM:4), pálida, gemente.
- ▶ Sinais Vitais: Temp: 39,5 °C (axilar) | FC: 155 bpm (taquicardia acentuada) | FR: 36 irpm (taquipneia) | PA: 70x35 mmHg (Hipotensão grave - PAS < p5 para a idade) | SatO2: 92% em AA.
- ▶ Perfusão: Extremidades frias e moteadas até joelhos. Tempo de enchimento capilar (TEC) de 6 segundos. Pulsos periféricos filiformes, centrais fracos.
- ▶ Pele: Presença de petéquias esparsas em tronco e membros inferiores, algumas confluindo para equimoses (púrpura) que não somem à digitopressão.
- ▶ Neurológico: Pupilas isocóricas e fotorreagentes, mas lentas. Sem rigidez de nuca evidente (difícil avaliar pelo rebaixamento).
- ▶ Restante: Taquicardia, Pulmões limpos, Abdome flácido.

CASO CLÍNICO 3

- ▶ 1. Qual sua principal hipótese diagnóstica? Justifique com base nos sinais de gravidade.
- ▶ Resposta: Choque Séptico (Etiologia Meningocócica?).
- ▶ Justificativa: Trata-se de uma emergência médica. A paciente apresenta a choque séptico descompensado.
- ▶ 2. Quais exames você solicitaria? Prioridade Máxima (na primeira punção de acesso): Hemocultura (antes do antibiótico, se possível, mas sem atrasá-lo), Gasometria arterial/venosa com LACTATO (marcador de hipoperfusão tecidual), Hemograma completo com plaquetas (avaliar leucocitose/leucopenia e plaquetopenia por CIVD), Coagulograma (TP, TTPA, fibrinogênio - risco de CIVD), Glicemia (risco de hipoglicemia no choque), Eletrólitos, Ureia, Creatinina e PCR.
- ▶ LCR contraindicado no momento, colher após estabilização clínica.

CASO CLÍNICO 3

- ▶ 3. Qual a gravidade da criança e como proceder o tratamento imediato ("Golden Hour")?
- ▶ Resposta:
- ▶ Via Aérea e Oxigênio: Fornecer O₂ a 100% em máscara, considerar intubação orotraqueal.
- ▶ Acesso Vascular e Ressuscitação Volêmica.
- ▶ Antibioticoterapia Empírica Precoce: Deve ser administrada na primeira hora. A escolha é Ceftriaxone IV (100 mg/kg/dia, máx 4g).
- ▶ Drogas Vasoativas: Se o choque persistir após 40-60 ml/kg de volume (choque refratário a fluidos).
- ▶ Corticosteroide: Considerar Hidrocortisona em dose de estresse se houver suspeita de insuficiência adrenal (choque refratário a catecolaminas ou uso prévio de corticoides).
- ▶ Notificação: Notificação compulsória imediata do caso suspeito de doença meningocócica.

Febre sem Sinais Localizatórios (FSSL)

A Febre sem Sinais Localizatórios (FSSL) é uma condição clínica, comum em pediatria, definida pela presença de febre com duração inferior a 7 dias em que o foco não é identificado após anamnese e exame físico detalhados.

Definição e Critérios

- **Temperatura:** Considera-se febre a temperatura axilar $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ (conforme atualização da SBP em 2025) ou retal/oral $> 37,5^{\circ}\text{C}$.
- **Duração:** O quadro deve ter menos de 7 dias. Se persistir por mais tempo (geralmente > 8 dias ou 3 semanas, dependendo da fonte), passa a ser classificada como Febre de Origem Indeterminada (FOI).
- **Perfil:** É mais frequente em crianças de 0 a 36 meses.

Febre sem Sinais Localizatórios (FSSL)

- ▶ **Principais Causas**
- ▶ **Infeções Virais:** São a causa mais comum, geralmente autolimitadas.
- ▶ **Infeção do Trato Urinário (ITU):** É a principal infecção bacteriana grave encontrada em crianças com FSSL.
- ▶ **Bacteremia Oculta:** Menos comum na era pós-vacinal contra pneumococo e hemófilos.

Febre sem Sinais Localizatórios (FSSL)

Estratificação de Risco

O manejo depende da idade e do estado geral (toxemia):

Faixa Etária	Conduta Sugerida
< 1 mês (Recém-nascido)	Grupo de alto risco. Geralmente requer internação, coleta de exames completos (sangue, urina e líquido) e antibioticoterapia empírica.
1 a 3 meses	Avaliação rigorosa pelos Critérios de Rochester para separar baixo de alto risco de infecção bacteriana grave.
3 a 36 meses	Frequentemente acompanhados com observação clínica se o estado geral for bom e vacinação estiver em dia.

Febre sem Sinais Localizatórios (FSSL)

► Sinais de Alerta (Toxemia)

A presença de prostração, irritabilidade intensa, alteração do sensorio ou má perfusão indica **toxemia** e exige investigação imediata para sepse, independentemente da idade.



Os **Critérios de Rochester** identificam lactentes de **1 a 3 meses** com **baixo risco** de Infecção Bacteriana Grave (IBG), permitindo, em casos selecionados, um manejo ambulatorial mais conservador.

Para ser classificado como **baixo risco**, o lactente deve cumprir **todos** os requisitos abaixo:

▶ **1. Critérios Clínicos**

▶ **Estado Geral:** A criança deve parecer saudável (não tóxica).

▶ **História Prévia:**

- ▶ Nascido a termo (≥ 37 semanas).
- ▶ Sem internações prolongadas ou tratamentos com antibióticos prévios.
- ▶ Sem doenças crônicas ou de base.

▶ **Exame Físico:** Ausência de focos infecciosos evidentes (pele, tecidos moles, articulações ou orelhas).

▶ **2. Critérios Laboratoriais**

▶ **Leucograma:** Contagem de leucócitos entre **5.000 e 15.000/mm³**.

▶ **Bastões:** Contagem absoluta de formas jovens (bastões) **< 1.500/mm³**.

▶ **Urina (EAS):** Menos de **10 leucócitos por campo** (em sedimento centrifugado).

▶ **Fezes (se houver diarreia):** Menos de 5 leucócitos por campo.



- ▶ **Qual a conduta no Baixo Risco?**
- ▶ Se o lactente preencher todos os critérios, o risco de uma infecção bacteriana séria é estatisticamente muito baixo (especialmente para meningite). A conduta pode ser:
- ▶ **Observação domiciliar** (com retorno em 24h).
- ▶ **Garantia de acompanhamento:** A família deve ter condições de retornar ao hospital imediatamente se houver piora.
- ▶ **Importante:** Se qualquer critério for positivo (ex: leucócitos > 15.000), a criança é considerada de **alto risco** e geralmente requer internação para investigação completa (incluindo líquido) e antibioticoterapia.

Para recém-nascidos (< 28 dias), a conduta na Febre sem Sinais Localizatórios (FSSL) é sempre **grave**, independentemente do estado geral da criança. Nesta faixa etária, o sistema imune é imaturo e os sinais clínicos de infecção podem ser sutis e evoluir para sepsae rapidamente.

- ▶ **1. Investigação Obrigatória (Exames)**
- ▶ Hemograma e Hemocultura.
- ▶ **Urina tipo I (EAS) e Urocultura** (coletada obrigatoriamente por cateterismo vesical ou punção suprapúbica).
- ▶ **Líquor (LCR):** Análise citoquímica e cultura (para descartar meningite).
- ▶ **Radiografia de tórax:** Se houver qualquer sintoma respiratório.
- ▶ **Cultura de fezes:** Se houver diarreia.

2. Tratamento e Manejo

- ▶ **Internação Hospitalar:** Obrigatória para todos.
- ▶ **Antibioticoterapia Empírica (IV):** Iniciada imediatamente após a coleta das culturas. Os esquemas comuns incluem:
 - ▶ Ampicilina + Gentamicina (cobrem *Streptococcus agalactiae*, *E. coli* e *Listeria monocytogenes*).
 - ▶ Ou Ampicilina + Cefotaxima (se houver suspeita de meningite).
- ▶ **3. Por que não usar Rochester?**
- ▶ Os **Critérios de Rochester** não são seguros para menores de 28 dias. Estudos mostram que recém-nascidos podem ter infecções bacterianas graves mesmo com exames laboratoriais inicialmente normais.



A Primeira Hora de Ouro: Atendimento Pediátrico de Emergência

Delinear a abordagem sistemática para o atendimento de uma criança em estado crítico durante a primeira hora na emergência, destacando a estratégia dupla de estabilização e tratamento da causa.

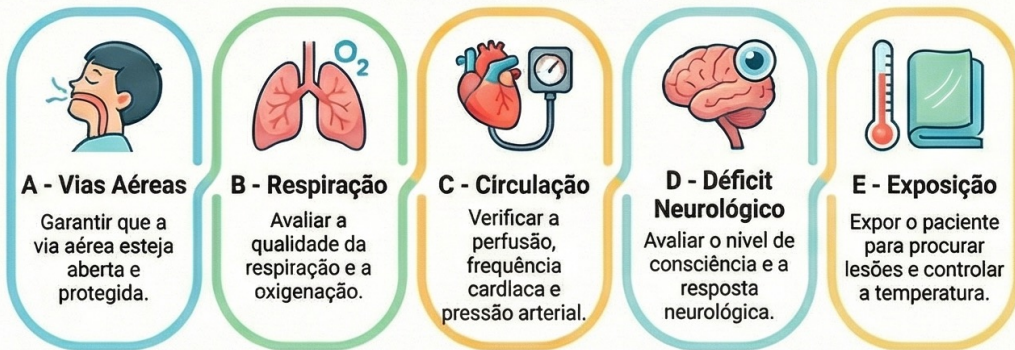
1. Triagem com o Triângulo de Avaliação Pediátrica (TAP)

Uma avaliação visual imediata para identificar rapidamente sinais de risco de vida.



2. Estabilização Sistemática com o ABCDE

Protocolo sequencial para avaliar e manejar as funções vitais da criança.



Pense em um Balão de Ar Quente Furado

