

ABORDAGEM DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS DA INFÂNCIA APPROACH TO THE DIAGNOSIS OF EXANTEMATIC DISEASES OF CHILDHOOD

Claudia Regina Belo Soares

Médica pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro

E-mail: claudiabello@me.com

Amanda Ricardi Massochin

Médica pelo Centro Universitário INGÁ

Email: amandaricardi@hotmail.com

Flávia Licia Mendes de Assis

Medicina pela UNIFAMAZ

E-mail: Flaviamendes971@gmail.com

Danilo José Brito de Arruda

Médico – Universidade Federal do Maranhão

E-mail: Danillojj12@hotmail.com

Igor Gabriel Silva Oliveira

Médico | Universidade Federal de Jataí

E-mail: contato@igorgabriel.com.br

Fabício Eiji Yuami

Medicina, Universidade de Araraquara

E-mail: Fabricio_ey@hotmail.com

Solange Mendes Vieira

Pediatra pela Universidade Católica de Pelotas UCEPEL

Email: Solangevieira121@gmail.com

Barbara Yanaisa Castellanos Rodriguez

Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba

E-mail: babiyani89@gmail.com

Willian Lorenzetti

Faculdade: UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí

E-mail: willian06@live.com

Bárbara da Silva Vargas

Medicina pela Faculdade de Ciencias Médicas da Paraíba – AFYA

E-mail: babivargas1@hotmail.com

Clarissa Verena Ferraz Lisboa

Médica, Uncisal

E-mail: claraFerraz@hotmail.com

Sarah Gava Masoco

Medicina pela Faculdade Multivix

E-mail sarahgavamasoco@gmail.com

Kaio César Martins Silva

Medicina pela Universidade Evangélica de Goiás

Email: kaiocesar2509@gmail.com

Roberta Vasconcellos Souza de Oliveira

Médica pela Universidade do Grande Rio

E-mail: robertavsouza@icloud.com

1

Patricia Raiane da Cunha Novais

Medicina Zarns

E-mail: patriciaraianecunha@gmail.com

Bianca Souza Modolo

Medicina, Multivix

E-mail: Bia_modolo@hotmail.com

Raíssa Gabriela Mourão Gonçalves



Medicina . Fiz na Universidade Federal de Sergipe

E-mail: Dra.raissagabriela.mourao@gmail.com

Gabriel Dutra Centenaro

Médico pela UCS

E-mail: gabrieldutracentenaro@gmail.com

Erick Fernandes Medeiros

Medicina pelo Centro universitário UNIFAS

E-mail: erickfdes@hotmail.com

Ewillyn Rhuama Gomes Azevedo

Medicina, faculdade de ciências médicas da Paraíba

E-mail: Ewillynazevedo@gmail.com

Débora Silva Barbosa

Medicina, Universidade de Rio Verde – UniRV campus Goianésia

Email: deborasilvabarbos@gmail.com

Erick Moraes Medeiros

Medicina, Universidade de Rio Verde – UniRV campus Goianésia

E-mail: Mmerick2021@hotmail.com

Marcel Millani Gutierrez

Médico anesthesiologista

Faculdade AFYA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS – IPATINGA

Matheus Moreira Borba

Medicina, Unirv – Campus Goianésia

Email: Matheus.m.borba@hotmail.com

Evelin Felipetto da Cunha Moreira

Enfermeira pela UNIVAG

Médica pela UNIG CAMPOS V

E-mail: evelinfelipetto@hotmail.com

Cíntia Almeida Ferreira

Bacharel em Nutrição UNINTER (em curso)

Bacharel em Enfermagem – UCSAL, 2012 (ano de formação)

Email: Cintiaalmeidaf@yahoo.com.br

Lívia Cunha dos Santos

Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro UERJ

Email: livia@hotmail.com.br

Allan maia de Jesus

Medicina pela Instituto de Educação Médica – IDOMED

E-mail: md.allan@hotmail.com

Yasmim Priscilla Gomes de Jesus

Medicina pelo instituto de educação médica – IDOMED

E-mail : yasmimpriscilla1@gmail.com

Yngrid Priscilla Gomes de Jesus

Medicina pelo instituto de educação médica – IDOMED

E-mail: Yngrid.jesus99@gmail.com

Tariana Lucena dos Santos

Medicina pela Universidade Federal de Roraima

Email: tarianalucena@gmail.com

Manoel Messias dos Santos Neto

Medicina, UFRR

Email: Mmsn.messias14@gmail.com

Silvio Luiz Marreiros Coelho

Medicina, Uninovafapi

E-mail: silviocoelhomed@gmail.com

Tânia Camila España Revollo

Médica pela Universidade Privada del Valle

Revalidada pela Universidade Federal Fluminense



E-mail camiesre@gmail.com

Isabela de Oliveira Lorenzutti

Medica pela FCMSJC-Humanitas

E-mail: isalorenzutti@gmail.com

Isabela Maria Cândida Ferreira dornelas

Medicina, faculdade de ciências médicas da Paraíba

E-mail: Bela_dornelas@hotmail.com

Débora Morgana Bezerra Da Costa

Médica pela Universidade Potiguar

E-mail: deboramorganabc@gmail.com

Marcus Vinicius Meirelles Rodrigues

Médico pela Universidade Federal de Roraima (UFRR)

Email: marcusviniciusmrodrigues@hotmail.com

Nildo Redivo Junior

Médico Ginecologista e Obstetra, cursando doutorado pela Universidade do Oeste Paulista .

E-mail nildodr@hotmail.com

Maria Lorena Ribeiro Redivo

Cursando medicina pela Universidade do Oeste Paulista

E-mail: marialorenaredivo@gmail.com

Sérgio Botelho Fiuza

Medicina, UNUFENAS-BH

E-mail: sergiobotelhofiuza@gmail.com

Ana Luzia Coelho Lapa Ayrimoraes Soares

Medicina, UniFacid Wyden

E-mail: analuzia0111@gmail.com

Kamilla Villa Brocca

Medicina pela Uninove

E-mail villa_kamilla@hotmail.com

Lucas Arcoverde Teófilo

Medicina pela Universidade de Fortaleza

Email: lucas_teoarc@hotmail.com

Mateus Arcoverde Teófilo

Médico pela Universidade Federal do Cariri

Email: mateusatf@gmail.com

Patrick Erique da Silva Sousa

Medicina, Universidade de Fortaleza

Email: Patrick.erique.sousa@gmail.com

Bruno Martins Milhomem

Medicina pela Universidade de Fortaleza

Email: bruno.martins.milhomem@hotmail.com

Marcus Vinicius Santos Mendes

Médico pelo Instituto Master de ensino Presidente Antônio Carlos de Araguari/ MG

Pablo Augusto Araujo Silva

Medicina pela Universidade Federal De Uberlândia

E-mail: drpabloaugusto.md@gmail.com

Dayane de Vasconcelos Bazílio

Medica pela Ufal

Email: dayanevasb@gmail.com

3

Alana Freitas Miranda

Médica, Universidade Iguazu (campus I – Nova Iguazu/ RJ)

E-mail: Alana_mrd@hotmail.com

Déborah Ellen Alves Vieira Santos

Medicina pela Universidade de Vassouras

E-mail: deborahavsantos@gmail.com

Andrey Arantes Teodoro Filho



Medicina pela Unicerrado – GO

E-mail: andreyfilho4@gmail.com

Gabriela da Silva Goulart

Médica pela Unigranrio

E-mail: gabrieladsg@hotmail.com

Matheus Fonseca Barbosa Medicina pela Universidade Federal do Pará- campus Altamira

Email: matthus.300@gmail.com

Dante Rodrigues de Barros Vieira

Médico – Universidade Federal do Maranhão

E-mail: Dante_barros_spfc@hotmail.com

Bruna Custódio

Médica pela Estácio idomed FMJ

E-mail: Bruna.cust1997@gmail.com

Viviane Oliver Berft

MEDICINA, UCEBOL (UNIVERSIDAD CRISTIANA DE BOLIVIA)

E-mail: Vi2002oliver@gmail.com

Luigi Miguel Brenha Xavier

Medicina UNAERP

E-mail: luigimbxavier@gmail.com

Bruno Alves Dias

Medicina, USCS São Caetano do Sul

E-mail: Brunoalves200014@gmail.com

Ana Beatriz Bezerra Furlan

Medicina, Centro universitário metropolitano da Amazônia (Unifamaz)

Email: Beatrizfurlan@gmail.com

Islany de Souza Porto Diniz Ramalho

Médico pela UNIFACISA PB

E-mail: islaaany@hotmail.com

Rebeca Dáfane de Oliveira Rocha

Medicina , UPAP (Universidad politécnica y artistica de paraguay)

E-mail: rdafane@gmail.com

João Gabriel Rodrigues Carneiro

Medicina, Universidade de Rio Verde Campus Aparecida de Goiânia

E-mail: Jg.rc@outlook.com

Eduardo Maffra Monteiro

Médico pela Universidade federal de Alagoas

E-mail: edumaffra@gmail.com

Igor Roberto Guilhon Costa

Medicina pela UFMA

Email: igor.guilhon@discente.ufma.br

Amanda Gregorim Fernandes

Medicina pela Unirv, campus Rio verde

E-mail: amandagregorimfernandes@gmail.com

Islany de Souza Porto Diniz Ramalho

Medicina pela UNIFACISA PB

E-mail:

islaaany@hotmail.com

José Leite de Figueiredo Neto

Médico pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba /FCMPB-Afya

E-mail: jlfn03@gmail.com

4

Resumo

A implicação infantil por patologias exantemática é um dos quadros mais comuns da prática pediátrica, impondo desafios diagnósticos frequentemente. Diversas condições podem cursar com exantema, sendo que as

causas infecciosas são responsáveis por mais de 70 % dos episódios. A maior parte dos exantemas são autolimitados, todavia a correta identificação da etiologia tem relevância clínica pela gravidade e deterioração do prognóstico em caso de atraso no diagnóstico em certos casos, e para a saúde pública, tendo em vista o potencial de contágio das causas infecciosas. A inespecificidade clínica das doenças exantemáticas exige uma abordagem sistemática para a diagnose precoce que inclui a coleta de anamnese completa e exame físico amplo e cuidadoso. Esses são os principais instrumentos para a elucidação diagnóstica, permitindo igualmente a orientação para a conduta diagnóstica laboratorial. Esse estudo objetiva de expor as principais características clínico-epidemiológicas dos exantemas, enfatizando que a anamnese e o exame físico são as principais ferramentas para auxílio no diagnóstico diferencial e consequente manejo do paciente acometido por doença exantemática na infância.

Palavras-chave: exantema; pediatria; infecção

Abstract

Childhood involvement due to exanthematous pathologies is one of the most common conditions in pediatric practice, frequently posing diagnostic challenges. Several conditions can lead to rash, with infectious causes being responsible for more than 70% of episodes. Most exanthemas are self-limited, however the correct identification of the etiology has clinical relevance due to the severity and deterioration of the prognosis in case of delay in diagnosis in certain cases, and for public health, considering the potential for contagion of infectious causes. The clinical nonspecificity of exanthematous diseases requires a systematic approach for early diagnosis that includes the collection of a complete anamnesis and a broad and careful physical examination. These are the main instruments for diagnostic elucidation, also allowing guidance for laboratory diagnostic conduct. This study aims to expose the main clinical-epidemiological characteristics of exanthemas, emphasizing that anamnesis and physical examination are the main tools to aid in the differential diagnosis and consequent management of patients affected by exanthematous disease in childhood.

Keywords: rash; pediatrics; infection

Introdução

As enfermidades exantemáticas compõe um conflito para a saúde pública, em razão de sua alta semelhança, a qual os exantemas ou rashes são indistinguíveis, dificultando e até postergando a identificação e manejo adequado. Em algumas situações, conforme o agente etiológico, só é possível o diagnóstico através de recursos laboratoriais.

Ademais, por serem manifestações cutâneas que podem ou não estar acompanhadas de sintomas mais específicos, elas são diagnóstico diferencial de algumas doenças induzidas por fármacos, como a farmacodermia por antibióticos e anti inflamatórios, da miliária, da queimadura por exposição a agentes irritantes (sol, bases, ácidos) e inoculação por insetos e outros animais

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa, apropriada para discutir sobre doenças exantemáticas na infância. É constituída por uma análise ampla da literatura, sem estabelecer uma metodologia rigorosa e replicável em nível de reprodução de dados e respostas quantitativas para questões específicas.

Por ser uma análise bibliográfica sobre abordagem diagnóstica das doenças exantemáticas na infância, foram recuperados artigos indexados nas plataformas do SciELO, Latindex, PubMed, Google Acadêmico, durante o mês de fevereiro de 2024, tendo como período de referência os últimos 10 anos. Foram empregados os termos de indexação ou descritores doenças exantemáticas, infecção, pediatria, exame físico completo, isolados ou de forma combinada, sem delimitar um intervalo temporal. O critério utilizado para inclusão das publicações era ter as expressões utilizadas nas buscas no título ou palavras-chave, ou ter explícito no resumo que o texto se relaciona à associação da abordagem diagnóstica das doenças exantemáticas. Os artigos excluídos não apresentavam o critério de inclusão estabelecido e/ou apresentavam duplicidade, ou seja, publicações recuperadas em mais de uma das bases de dados. Também foram excluídas dissertações e teses.

Resultados e Discussão

Aspecto das lesões

Pápula	Mácula	Vesícula	Bolhas	Petéquias
<ul style="list-style-type: none"> •Sólida •Circunscrita •Elevada •Menor que 1 cm de diâmetro, •Oriunda de processo dérmico, epidérmico ou misto 	<ul style="list-style-type: none"> •Alteração da cor da pele •Ausência de relevo ou depressão •Vasculossanguinea (congestão, dilatação, constrição) •Pigmentar (extravio de hemácias ou acúmulo de melanina) 	<ul style="list-style-type: none"> •Elevação circunscrita •Contem líquido claro, seroso, pode se tornar amarelo, purulento, rubro hemorrágico 	<ul style="list-style-type: none"> •Vesículas maiores 	<ul style="list-style-type: none"> • Mancha vermelha que não some á vitropressão • Extravio de hemácias na derme • 1cm de diâmetro • Evolução arroxead e verde-amarelada

Figura 01



Lesões de pele

Variedades de Exantemas

Maculopapular		
Morbiliforme: máculas e pápulas vermelhas, confluentes ou não, com áreas de pele sã • Típica de sarampo	Urticariforme: erupção papuloeritematosa, contornos irregulares • Apresentação em placas, associada a reações medicamentosas ou alérgicas no geral	Escarlatiforme • Eritema difuso, puntiforme, uniforme, áspero, sem áreas de pele sã • Exantemas somem a dígito pressão
Rubeoliforme Semelhante ao morbiliforme, mas cor rósea e pápulas menores • Áreas de eritema entremeadas • Rubéola e enterovirose	Papulovesicular • Sucessão de maculopápulas em vesículas, vesicopústulas e crostas	Petequial • Alterações vasculares (extravasamento de hemácias), com ou sem alterações de plaquetas ou da coagulação

Sarampo

6

Enfermidade infecciosa aguda, caráter viral (morbillivirus) transmissível e altamente contagioso. Cursa classicamente com exantema maculopapular. A infecção ou a vacina estimulam a IgG (anterior/imune) e a IgM (recente), sendo detectáveis a partir do 12º ao 15º dia pós início do rash e alcançam o pico máximo do 21º ao 28º dia

A disseminação se dá entre os suscetíveis através de contato direto ou fômites, ou seja, gotículas contaminadas pela proximidade com as vias aéreas antes do início dos pródromos até quatro dias pós surgimento do exantema

Com a penetração viral no organismo, pelas vias aéreas superiores ou mucosas, incide a viremia com multiplicação em tecidos linfáticos (viremia primária/período prodrômico) previamente ao exantema (fase de maior transmissão). Após 7 a 11 dias, pela evolução viral, instala-se a viremia secundária, afetando pele,



conjuntiva e mucosa do trato respiratório

Os pródromos, surgem pós período de incubação (8 a 12 dias), baseando em febre baixa a moderada, tosse seca, coriza e conjuntivite. Nesta fase, (1 a 4 dias do exantema), surgem as manchas de Koplik. Pós 03 a 05 dias da abertura sintomatológica surge o clássico exantema, febre é preservada até 4 dias após o exantema, queda em crise ou lise

O quadro clínico é mais expressivo nos 02 dias que precedem o exantema

Após o pródromos, há o surgimento do exantema, com isso, o paciente tem aspecto toxemiado, com

importante queda do estado geral e piora dos sintomas iniciais.

Características do exantema no sarampo
Exantema maculopapular generalizado
Início retroauricular
Progressão cefalocaudal
Manchas castanhas e descamação furfuracea

As complicações comuns são otite média, diarreia, pneumonia e laringotraqueobronquite. A complicação mais comum bacteriana é a otite média aguda. Estima-se que a principal causa de óbito é a pneumonia, que pode ser causada pelo próprio vírus, o que é mais comum, ou por infecção bacteriana oportunista, principalmente o pneumococo.

Ademais, pode ocorrer ceratoconjuntivite, cegueira, miocardite, adenite mesentérica, sinusite, púrpura trombocitopênica, encefalite, encefalomielite, reativação de tuberculose pela imunodepressão. A panencefalite esclerosante subaguda (PEES) é uma complicação rara, porém de alta gravidade, que surge em 7 a 10 anos após a doença primária, quando há reativação do vírus que ataca as células do SNC. Os primeiros sintomas podem ser: retardo no desenvolvimento neuropsicomotor, queda no desempenho escolar, mudança de comportamento e alucinações, seguidos por espasmos musculares, crises convulsivas, tetania e cegueira, levando ao óbito dentro de um a três anos.

Não há tratamento específico. Recomenda-se utilizar a vitamina A, por via oral, em duas doses, em dias consecutivos, para redução da duração, complicações e da morbimortalidade, principalmente a cegueira.

É indicado o isolamento domiciliar até 4 dias após o início do exantema. Pacientes internados devem submeter-se a isolamento respiratório de aerossol, até 4 dias após o início do exantema.

Vacina

A primeira dose é realizada aos 12 meses dentro da tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola). A segunda dose, aos 15 meses na tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela). O esquema completo é de duas doses para pacientes dos 12 meses até os 29 anos e de dose única dos 30 aos 59 anos

Profilaxia pós-exposição

É necessário fazer a profilaxia pós-exposição com vacina ou imunoglobulina em todos os pacientes suscetíveis à doença, ou seja, não imunizados que entraram em contato com um caso suspeito ou confirmado

Vacina	Imunoglobulina
Maiores de 6 meses Imunocompetentes	Menores de 6 meses Gestantes Imunodeprimidos
Até 72H pós exposição	Até 06 dias pós exposição

Exantema súbito

Também conhecido como roséola infantil ou sexta doença, o exantema súbito é uma doença infecciosa viral (herpesvirus humano 6 e 7) característica em crianças que têm entre 6 meses e 6 anos, predominante em menores de 2 anos.

Conceitualmente, o início do quadro é SÚBITO. A criança apresenta febre alta e contínua, que dura entre 3 a 4 dias, porém sem toxemia, como no sarampo. Antes do exantema, pode ocorrer bom estado geral, irritabilidade, anorexia, convulsão febril, linfonodomegalia cervical suboccipital de orofaringe, palpebral e de membrana timpânica.

É clássico do exantema súbito a febre alta que dura alguns dias e some, seguida por um exantema ma-



culopapular

O exantema súbito é uma das principais causas de convulsão febril nas crianças. O diagnóstico do exantema súbito é essencialmente clínico, sendo que nenhum exame é necessário.

As complicações são raras, mas podem acontecer: encefalite, desmielinização aguda disseminada, cerebelite, hepatite e miocardite.

O tratamento do exantema súbito é apenas sintomático, acompanhado de orientação aos responsáveis. Não há vacina disponível, nem profilaxia pós-exposição.

Eritema infeccioso

É uma doença exantemática viral, altamente contagiosa, também chamada de parvovirose ou quinta doença. O principal alvo do parvovírus B19 é a linha eritroide. A infecção lisa a célula, causando depleção dos precursores eritroides e uma diminuição transitória da eritropoiese.

Geralmente, não há pródromos, sendo a primeira manifestação o exantema. O exantema inicia na face, com maculopápulas que confluem, dando o aspecto de “asa de borboleta” ou “face esbofetada”. Em 1 a 4 dias após seu surgimento, evolui para os membros, inicialmente em face extensora, depois flexora e tronco, de aspecto rendilhado.

O exantema pode persistir por mais de dez dias e pode exacerbar ou reaparecer quando a criança faz exercício, após estresse e na exposição ao frio ou calor.

A evolução geralmente afebril, pode manifestar artralgias ou artrites, cursar com a rara síndrome das luvas e meias. É caracterizada por lesões purpúricas, simétricas, eritematosas e indolores nas mãos e nos pés, principalmente. É autolimitada, podendo durar de 1 a 2 semanas. Crise aplástica transitória, ocorre em pacientes com anemia hemolítica crônica. A diminuição da eritropoiese e da reticulocitopenia diminuem a hemoglobina sérica. Isso causa febre, mal-estar, letargia, sinais de anemia profunda, como palidez, taquicardia e taquipneia. Em imunocomprometidos, pode cursar com anemia crônica, neutropenia, trombocitopenia ou supressão de medula óssea. Em grávidas, pode causar aborto, óbito fetal, anemia fetal ou hidropisia.

O diagnóstico, mais uma vez, é essencialmente clínico e nenhum exame é necessário. O período de contágio do eritema infeccioso termina quando surge o exantema e, na maioria das vezes, a primeira manifestação é o próprio exantema. Portanto, quando fazemos o diagnóstico, a criança não é mais contagiosa e não precisa se afastar da escola. Podem ser coletados sorologia e PCR para a detecção do DNA viral.

O tratamento do exantema súbito é apenas sintomático e, além disso, orientação aos responsáveis. Não há vacina disponível, nem profilaxia pós-exposição. No caso de pacientes com anemia hemolítica crônica, pode ser necessária uma transfusão sanguínea.

Rubéola

Doença exantemática viral considerada leve. Após uma intensa campanha de vacinação, o último caso de rubéola no país ocorreu em 2008 e o de síndrome de rubéola congênita, em 2009. Em abril de 2015, a região das Américas foi declarada pelo Comitê Internacional como a primeira do mundo livre da transmissão endêmica.

Em torno de 30% dos casos de rubéola são assintomáticos. Nos sintomáticos, os pródromos tendem a ser leves, inclusive em alguns casos podem estar ausentes.

Apesar de ser pouco frequente, a principal complicação da rubéola é a **artralgia**. Outras complicações podem ser a púrpura trombocitopênica e a encefalite.

Há dois sinais relacionados à rubéola, eles são raros:

- Sinal de Forchheimer: o paciente apresenta lesões petequiais no palato mole. Não é patognomônico.
- Sinal de Theodor: O paciente apresenta linfonodomegalia cervical, principalmente retroauricular.

Também não é patognomônico.

A síndrome da rubéola congênita. Ela ocorre quando a gestante é infectada pelo vírus e acaba transmitindo-o, via transplacentária, para o bebê. As sequelas podem ser surdez, catarata e cardiopatia, associadas a outras manifestações inespecíficas, como baixo peso ao nascer, hepatoesplenomegalia, icterícia e alterações neurológicas.

A vacinação é o meio mais eficaz de prevenção da rubéola. O esquema completo é feito com a primeira dose aos 12 meses, na tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), e a segunda dose aos 15 meses, na tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela). Por ser uma vacina viva atenuada, é contraindicada para imunodeprimidos e gestantes. Mulheres em idade fértil devem garantir a vacinação antes de engravidarem, não há consenso na literatura quanto tempo deve-se esperar para engravidar, varia entre um a três meses. Não



há imunoglobulina disponível para a rubéola e a profilaxia pós-exposição deve ser feita com vacinação, exceto naqueles casos contraindicados.

O diagnóstico da rubéola é essencialmente clínico e nenhum exame é necessário, na maioria dos casos. Pode ser realizado o isolamento do vírus do material de nasofaringe ou da urina ou uma pesquisa de anticorpos da classe IgM e de IgG contra rubéola no soro.

Por fim, o tratamento é apenas sintomático e orientação aos responsáveis.

Varicela

A varicela é uma doença infecciosa viral que pode se complicar com infecção bacteriana secundária. Popularmente, é conhecida como catapora.

Os pródromos tendem a ser leves, inespecíficos, com febre baixa e mal-estar. Entretanto, em adolescentes e adultos, normalmente são bem mais severos.

A erupção inicia com máculas, que se tornam pápulas, vesículas, pústulas e, por fim, crostas. Começam na cabeça, atingem mucosas e descem para o corpo. Como as lesões surgem em momentos diferentes, há várias erupções em estágios diferentes, caracterizando um exantema polimórfico.

Mácula	Pápula	Vesícula	Pústula	Crosta

A principal complicação é a infecção cutânea bacteriana secundária, principalmente após escoriações pela coçadura, por germes cutâneos, como o *S. aureus*. Há outras complicações que podem ocorrer:

- Síndrome de Reye. Essa síndrome tem causa desconhecida, mas está associada a infecções por influenza e varicela em crianças que utilizam ácido acetilsalicílico (AAS) de modo contínuo. Os sintomas são bifásicos, iniciam como uma infecção viral, iguais ao da doença de base, seguido por encefalopatia aguda, que pode levar ao coma e a óbito. O tratamento é de suporte.

- Infecção disseminada. Pode causar pneumonia, hepatite, trombocitopenia, encefalite, ataxia cerebelar e mielite aguda.

Ocorre principalmente em imunodeprimidos.

- A herpes-zóster é uma reativação do vírus da varicela, que fica latente após a infecção inicial, nos gânglios. É mais comum em maiores de 50 anos, mas pode ocorrer em qualquer idade, desencadeada por imunossupressão, estresse, privação de sono, neoplasias, diabetes e doenças crônicas.

Com a introdução da vacina tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) para crianças de 15 meses de idade, no calendário nacional de vacinação em 2013, houve uma redução considerável do número de internações no SUS.

Indivíduos vacinados contra varicela podem vir a apresentar a doença, mas geralmente são casos muito leves e sem complicações graves.

Para crianças maiores, adolescentes e adultos não imunizados, as sociedades também indicam o esquema de duas doses, mas não há disponibilidade pelo sistema público, apenas no privado.

O esquema completo é feito com a primeira dose aos 15 meses na tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) e a segunda dose aos 4 anos, na vacina da varicela isolada. As vacinas são vivas atenuadas, portanto, contraindicadas em caso de gestação ou imunossupressão.

Na pós-exposição, a profilaxia pode ser feita utilizando-se vacina ou imunoglobulina. Devemos dar sempre preferência à vacina, porém ela é viva atenuada e não pode ser feita para estes grupos: imunodeprimidos, grávidas, menores de um ano internados em hospitais, RNs de mães que desenvolveram a doença 5 dias antes ou 2 dias após o parto, prematuros maiores de 28 semanas

Contactantes de varicela

A vacina é para maiores de 9 meses imunocompetentes até 3 a 5 dias após a exposição

Imunoglobulina se destina para imunodeprimidos, gestantes, menores de um ano em contato hospitalar com o vírus, RNs de mães que desenvolveram a doença 5 dias antes ou 2 dias após o parto, prematuros > 28 semanas, cuja mãe nunca teve varicela, prematuros < 28 semanas, independentemente da história materna de varicela até 96 horas após exposição cuja mãe nunca tenha tido varicela, e menores de 28 semanas, independentemente de ter havido infecção materna prévia. Neles, a imunoglobulina deve ser utilizada em até 96 horas após a exposição.

O diagnóstico também é essencialmente clínico e nenhum exame é necessário. Na fase de vesícula,



pode ser realizado um exame do líquido por microscopia eletrônica ou anticorpos podem ser detectados pelo teste de imunofluorescência indireta.

Na maioria dos casos, o tratamento é sintomático apenas, mas para alguns pacientes, há a indicação de aciclovir.

ACICLOVIR

- Todos os maiores de 12 anos;
- Os maiores de 12 meses com
 - Doença cutânea crônica
 - Doença pulmonar crônica
 - Neuropatas crônicos
 - Usuários crônicos de corticosteroides, mesmo aerossol;
 - Usuários de salicilatos.

O tratamento deve ser iniciado o mais brevemente possível, de preferência nas primeiras 24 horas do surgimento do exantema. A dose é de 20 mg/kg/dose, 4x ou 5x ao dia, por 5 dias. A terapia endovenosa está indicada em imunocomprometidos e nos casos em que a infecção está disseminada. Utilizamos o aciclovir endovenoso, na dose de 10 m/mg/kg/dose a cada 8 horas, por 7 a 14 dias. O uso de antissépticos locais, por exemplo o banho de permanganato de potássio, não é mais indicado, pois, quando mal diluídos, eles podem causar queimaduras na pele, além disso, não se comprovou que previnem a infecção bacteriana secundária.

O uso de antibióticos não está indicado a menos que haja uma infecção secundária bacteriana e, nesse caso, deve ser direcionado a ela.

DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA

A doença mão-pé-boca é uma enterovirose. Costuma ser comum no dia a dia, especialmente em crianças que frequentam creches.

O pródromo é inespecífico, composto por febre baixa, irritabilidade e anorexia. O exantema é caracterizado, em lesões na boca, mãos e pés. Ademais, úlceras dolorosas em orofaringe, papulovesículas em mãos e pés

As úlceras podem ocorrer em lábios, língua, palato e gengivas. As papulovesículas ocorrem principalmente em mãos e pés, mas em lactentes, podem ocorrer lesões perineais.

As formas extensas podem cursar com lesões vesicobolhosas disseminadas, desaparecem sem deixar manchas, mas pode haver descamação cutânea ou ungueal.

Conclusão

Mediante a análise das informações expostas neste estudo, pode se evidenciar que a investigação etiológica da doença exantemática é um dos grandes desafios diagnósticos. Associado a elevada prevalência, principalmente na infância, as manifestações clínicas podem ser semelhantes entre as distintas etiologias. Apesar do imenso avanço das técnicas diagnósticas e da redução da incidência de algumas doenças devido a imunização, o profissional, diante de um paciente com exantema, deve se obter uma história clínica completa e executar um exame físico cuidadoso e sistemático. Para tal é indispensável o conhecimento acerca da história natural de cada etiologia de forma que o diagnóstico precoce permita a intervenção eficaz nas ocasiões em que a gravidade assim o exija.

Referências

Yamamoto M, Marques HHdS. Exantema: roteiro diagnóstico. *Pediatria (São Paulo)*.1988;10(3):105-15.

10

Ely JW, Seabury Stone M. The generalized rash: part I. Differential diagnosis. *Am Fam Physician*. 2010;81(6):726-34.

MedlinePlus [Internet]. Bethesda (MD):National Libray of Medicine (US); Rashes

Sanders CV, Lopez FA. Cutaneous Manifestations of infectious diseases: Approach to the patient with fever and rash.



5. Fölster-Holst R, Kreth HW. Viral Exanthems in childhood. Part 3: Parainfectious exanthems and those associated with virus-drug interactions. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2009;7(6):506-10.
- 6 Fölster-Holst R, Kreth HW. Viral Exanthems in childhood-infectious (direct) Exanthems. Part 2: Other viral exanthems. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2009;7(5):414-9.
7. Ely JW, Seabury Stone M. The Generalized rash: part II. Diagnostic approach. *Am Fam Physician.* 2010;81(6):735-9.
8. Oliveira Sad, Camacho LAB, Bettini LR, Fernandes DG, Gouvea NAC, Barros RAQ, et al. Manifestações articulares nas viroses exantemáticas. *Ver Soc Bras Med Trop.* 1999;32:125-30.
- 9 Soares JLMF, Pasqualotto AC, Rosa DD, Leite VRdS. Métodos diagnósticos – Consulta Rápida. 1^a. Ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.