

DOENÇA EXANTEMÁTICA NA INFÂNCIA

André Constant

ESF Mação

HEHA

CREMAL



Exantema ou Rash cutâneo --- Erupções cutâneas vermelhas em um região específica / todo o corpo

- Condições inflamatórias
- Reações alérgicas
- Doenças de pele
- Infecções (virais, fúngicas ou bacterianas)

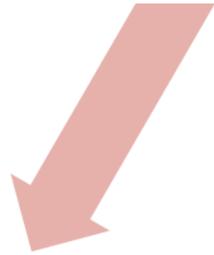
LÚPUS

URTICÁRIA

ECZEMA



Doenças exantemáticas
Doenças Infecciosas



Erupções cutâneas
eritematosas característica
dominantes



Geralmente também
manifestações sistêmicas

Aspecto do exantema



Petéquias



Púrpuras

VARICELA

EXANTEMA SÚBITO

RUBÉOLA

SÍNDROME MÃO-PÉ-BOCA

ERITEMA INFECCIOSO

ESCARLATINA

SARAMPO



VARICELA

- Agente etiológico: Vírus Varicela Zoster.

Primoinfecção - Causa a varicela ou catapora, que é uma doença exantemática predominantemente da infância (90% dos adultos imunes).

Após a infecção, o vírus estabelece uma infecção latente nos neurônios dos gânglios sensitivos para o resto da vida.



Altamente contagiosa → Infectividade 65-86%

Contágio: Secreções respiratórias ou contato com o líquido das bolha

TRANSMISSÃO



Contato com gotículas ou fluídos corporais



Contato próximo com lesões



Contato com materiais contaminados



O i

ção.

FASE DE PRÓDROMOS

Geralmente, com sintomas sistêmicos brandos.

Febre baixa, cefaleia, anorexia e vômito - até 3 dias.

Na infância, pródromos não costumam ocorrer, sendo o exantema, geralmente leve, o primeiro sinal da doença.

Em adultos e crianças que estão imunocomprometidas, frequentemente as infecções são mais intensas/graves.



FASE EXANTEMÁTICA

Erupção cutânea pápulo vesicular - distribuição centrípeta



Mácula → Pápula → Vesícula → Crosta

Polimorfismo Regional
Lesões em vários estágios

Maior concentração face, tronco e porção proximal dos membros.

Mucosas (boca e das vias aéreas superiores).

Não é comum as vesículas deixarem cicatrizes.



Exemplo de múltiplas lesões de varicela em seus diferentes estágios, máculas eritematosas, vesículas e crostas.

Complicações:



Diagnóstico: Clínico, sem a necessidade de testes diagnósticos.
Hemograma, Sorologia, PCR do vírus extraído das lesões.

Tratamento:

Suporte: Hidratação e analgésicos / Permanganato de Potássio / Anti-histamínicos

Indicações para o uso do aciclovir:

Crianças (menores de 12 anos) – 20mg/kg/dose, via oral, 5 vezes ao dia, dose máxima de 800mg/dia, durante 5 dias.

- Portadores de doenças cutâneas ou pulmonares
- Imunocomprometidos,

Adultos sem comprometimento imunológico – 800mg, via oral, 5 vezes ao dia, durante 7 dias.

- Indivíduos recebendo tratamento com corticoterapia

Comprometimento imunológico – 10 a 15mg de aciclovir endovenoso, 3 vezes ao dia por no mínimo 7 dias.

PROFILAXIA

Vacina: Vacina SRCV Tetraviral - 1 dose: aos 15 meses de idade
Vacina Varicela - 1 dose: aos 4 anos de idade



vacina humana antivari-
ser utilizada até 96h

deprimidos, gestant
om varicela, prematu



(GHAVZ)
o

RUBÉOLA

1. ETIOLOGIA

VÍRUS DA RUBÉOLA: Família *Togaviridae*, RNA vírus, gênero Rubivírus

Manifestações clínicas:

Manifestações leve, evolução curta(1-4 dias) e de bom prognóstico.

Fase inicial:

- Febre baixa;
- Dor de garganta;
- Hiperemia conjuntival;
- Cefaleia;
- Linfadenopatia
(característica da doença - retroauriculares, occipitais e/ou cervicais posteriores)



FASE EXANTEMÁTICA

Rash maculo-papular róseo → crânio-caudal e centrífuga.
(Dura em média 3 dias e desaparece sem descamar)



Podem ocorrer pequenas petéquias rosadas na orofaringe.



DIAGNÓSTICO: Clínica.

Hemograma: Leucopenia com Linfocitose

Sorologia (IgM/IgG)

Epidemiologicamente - importante nas gestantes

TRATAMENTO:

Suporte - Hidratação, Analgésicos.

PREVENÇÃO: Vacinação tríplice viral



ERITEMA INFECCIOSO

Agente etiológico: Parvovírus B19.

O ser humano é seu único hospedeiro e sua infecção é comum.

Acomete escolares → 5 a 15anos

40-60%dos adultos já tiveram a infecção

Transmissão: através de gotículas das vias aéreas dos infectados, Apenas durante o período de viremia. Quando se inicia o exantema, já não existe mais viremia pois já existe a presença de anticorpos circulantes.

Manifestações Clínicas: O tempo de incubação torna de 4 a 14 dias.

FASE DE PRÓDROMOS

Na maioria das vezes assintomático, ou com a presença de sintomas inespecíficos - Febre baixa, cefaleia...

FASE EXANTEMÁTICA

Exantema evolui em 3 estágios:

Primeira fase: Exantema tem início na face, a partir de macula pápulas confluentes.

Sinal de "bofetada"



Fase 2: Exantema se dissemina para o tronco e acomete os membros superiores e inferiores.

Aspecto Rendilhado - bordas vermelhas e região central mais clara.



Pode ter um leve prurido e dura em torno de 10 dias, desaparecendo sem descamação.



Fase 3: Recidiva em 1-3 semanas: calor, exercício, sol, stress.

Outras manifestações podem estar presentes:

1. Artropatia.
2. Aplasia Medular.
3. Transmissão vertical – Hidropisia fetal

DIAGNÓSTICO:

Clínica – Exantema característico

Hemograma: Pancitopenia

Sorologia IgM

TRATAMENTO:

Não temos tratamento específico. Medidas de suporte.
Geralmente o quadro é leve e autolimitado.
Infecção leva a imunidade duradoura.

PROFILAXIA

Sem vacina ou imunoglobulina

EXANTEMA SÚBITO

Roséola

Agente etiológico: Herpes-vírus humano 6 (HHV-6)

Herpes-vírus humano 7 (HHV-7) - raramente

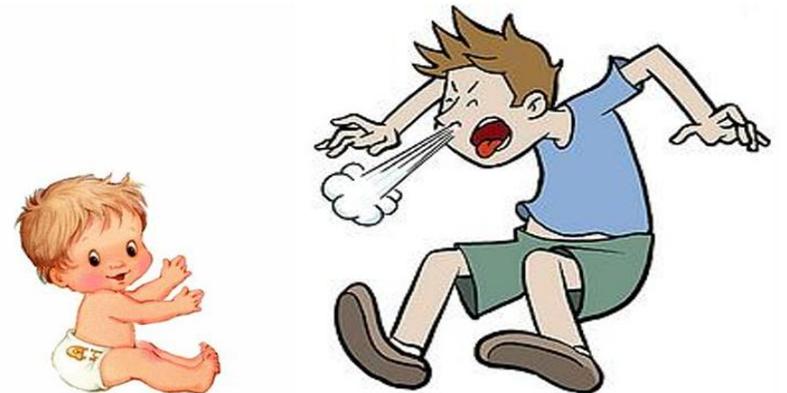
EPIDEMIOLOGIA

RN e Lactentes até 6 meses: Proteção via Anticorpos maternos transplacentários

Pico de incidência: 6 meses -18 meses (2 anos, 95% das crianças expostas ao vírus)

TRANSMISSÃO

Principal fonte: Adultos saudáveis com vírus na forma latente.



FASE DE PRÓDROMOS

Principal característica é a febre.

Na maioria das vezes alta (podendo chegar a 40°C facilmente).

Podem ocorrer ainda outros sintomas, tais como diarreia.

A hipertermia - **FASE EXANTEMÁTICA** - geralmente.

Assim que desaparece a febre, surge o exantema.

Essa é a principal característica do exantema súbito.

Exantema maculopapular, iniciando-se em tronco e progredindo para membros.

Maioria das Sind. Exantemáticas iniciam-se na face – diagnóstico diferencial

DIAGNÓSTICO:

Clínico, baseado na história.

PCR – Confirma a presença do herpesvírus humano 6 ou 7.

TRATAMENTO

SUORTE: Hidratação e antitérmicos → alívio dos sintomas e controle térmico

Imunocoprometidos: Gancivlovir por 2-3 semanas

SÍNDROME MÃO-PÉ-BOCA

Coxsackioses

Agente etiológico: Principalmente pelo vírus coxsackie (Coxsackie A), ou outros enterovírus.

EPIDEMIOLOGIA

Doença de alta contagiosidade, comum em crianças – menores 05 anos.

TRANSMISSÃO

Fecal-oral ou respiratória

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:

Período de incubação de 03 a 06 dias

Inicia-se, então:

- Febre;
- Dor de garganta;
- Recusa alimentar.

Presença de lesões vesiculares que aparecem na mucosa bucal e na língua.



SÍNDROME MÃO-PÉ-BOCA

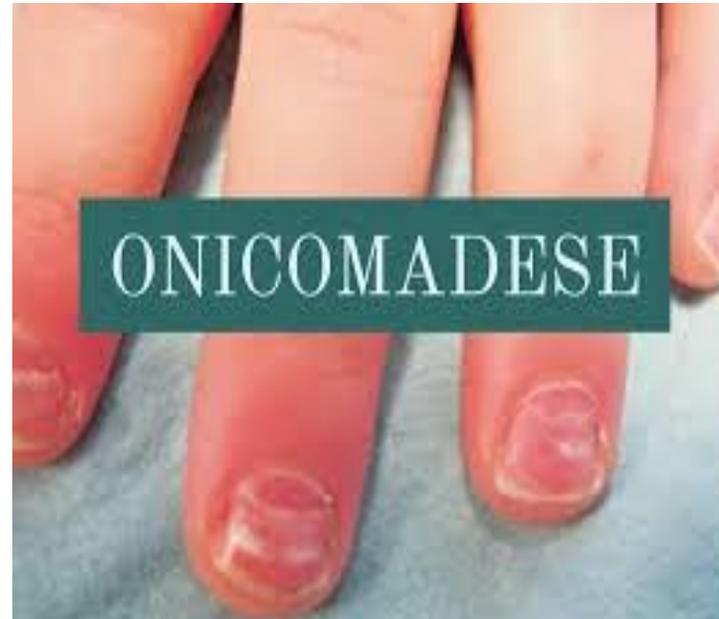


Erupção pápulo-vesicular localizada nas mãos e pés (incluindo as palmas e plantas)



SÍNDROME MÃO-PÉ-BOCA

COMPLICAÇÕES: a mais frequente é a desidratação.
Lesões aftosas na cavidade oral que causam dificuldade de ingestão de líquido.



DIAGNÓSTICO

Normalmente é clínico uma vez que temos um quadro bem-marcado

Raras ocasiões reação de cadeia de polimerase (PCR) ou sorologias.

TRATAMENTO

SUORTE: Hidratação e antitérmicos → alívio dos sintomas e controle térmico

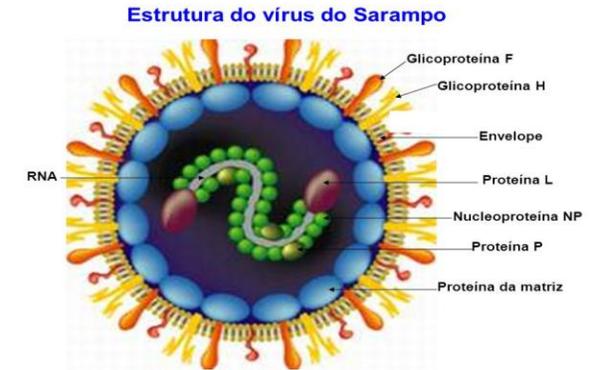
Nos casos mais graves – lesões extensas cavidade oral

Nas infecção secundária são indicados antibióticos.



SARAMPO

Agente etiológico: VÍRUS DO SARAMPO



TRANSMISSÃO

Gotículas de secreção respiratória → Sob a forma de aerossol

Vírus viáveis por 1 hora

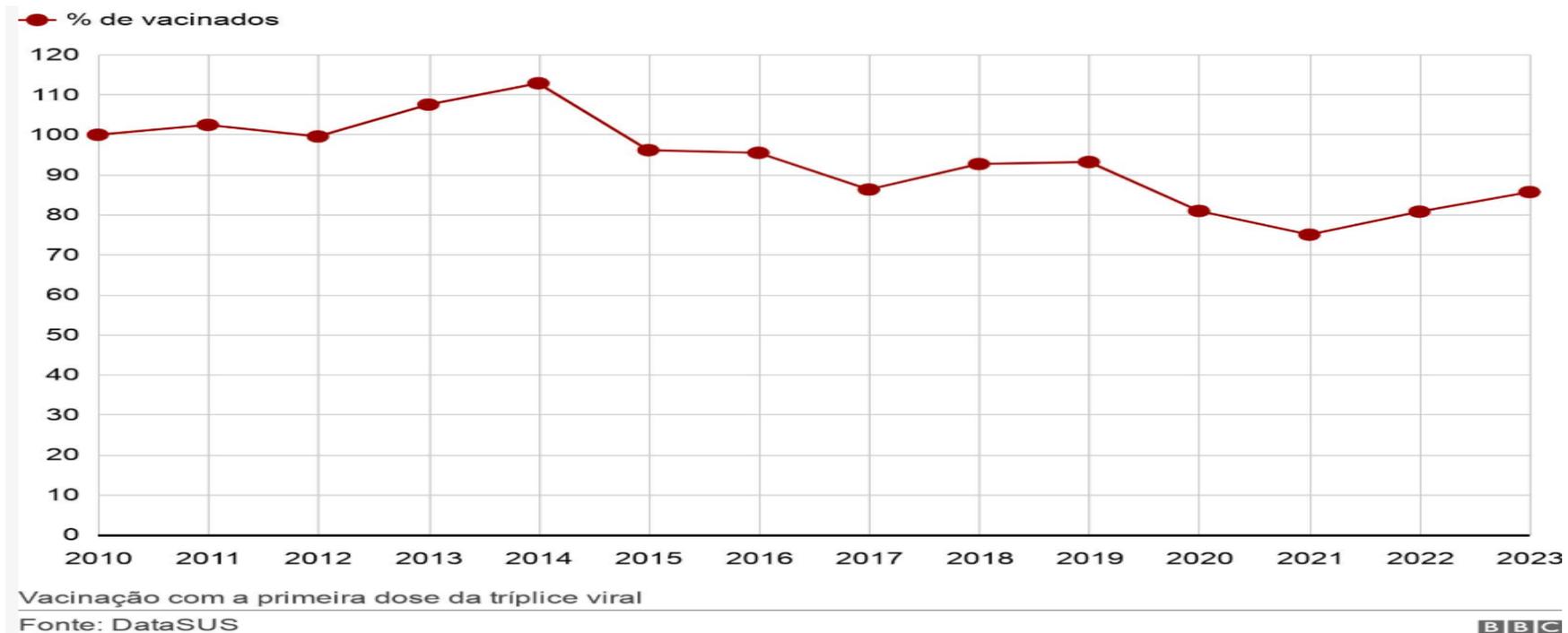
Os pacientes são transmissores de 3 dias antes,
até 4-6 dias após o início do rash cutâneo.

90% dos indivíduos que entram em contato → DOENÇA

Vacina: 1963 → Imunidade >90% dos casos → Queda na incidência e morbimortalidade

Alta infectividade

Erradicado do Brasil: desde Dezembro de 2000



BBC

SARAMPO

Casos no Brasil:

2018 - 9329 casos – perdeu certificação de erradicação

2019 - 21.704 casos

2020 - 6035 casos

2021 - 670 casos

2022 - 42 casos

2023 - 0 caso

2024 - 05 casos (04 importados) recebeu certificado

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS:

Doença grave; Alta morbimortalidade

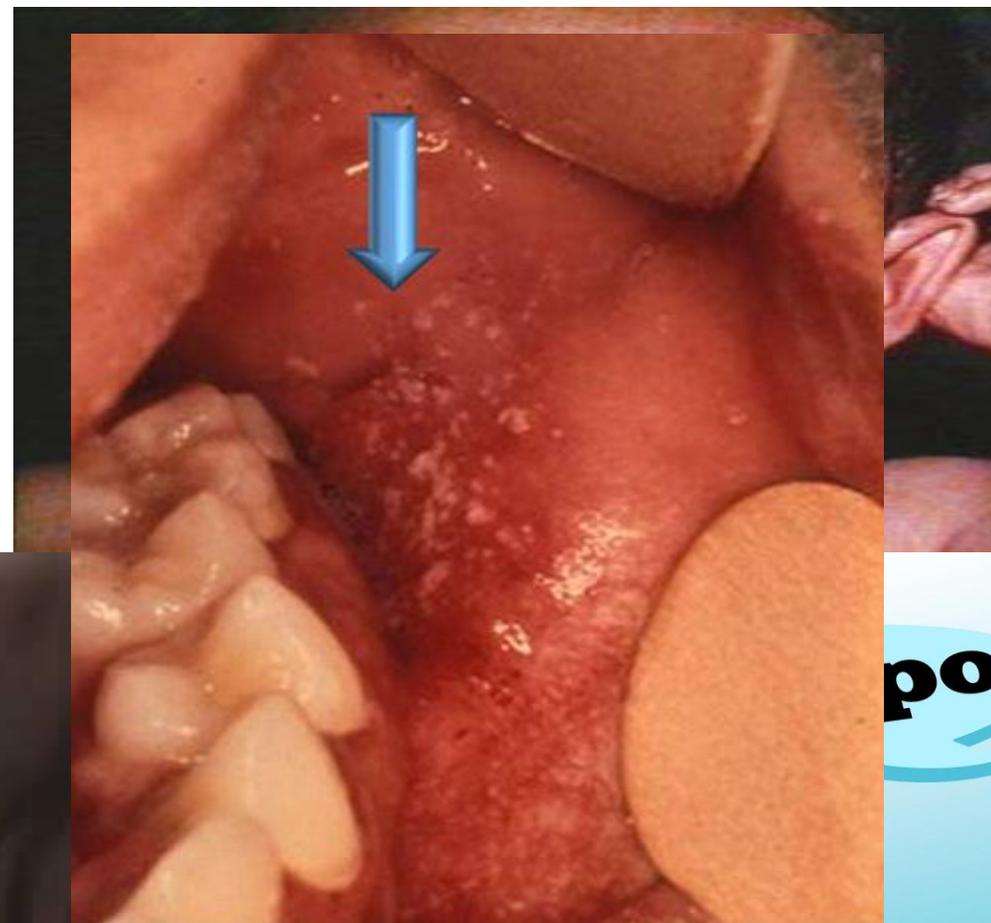
FASE DE PRÓDROMOS

Febre

Conjuntivite e fotofobia

Coriza e Tosse importante

Enantema (manchas de Koplik)



FASE EXANTEMÁTICA

Regressão dos sintomas

Lesões maculo-

(início na face, disseminam-se pelo dorso,

extremidades, solas e palmas). O exantema pode se

Antes se pode permanecer por até 10 dias, sendo último sintoma a

desaparecer

FASE DE CONVALESCENÇA



A maior morbimortalidade está associada aos extremos de idade

As mais comuns são:

- Otite média
- Traqueobronquite
- Diarreia
- Pneumonia. (principal causa de mortalidade)

Panencefalite esclerosante subaguda (PESS).

7-13 anos após a infecção pelo vírus em crianças pequenas

Prognóstico: óbito em 1-3 anos

DIAGNÓSTICO

Clínica sugestiva: conjuntivite + tosse + exantema + manchas de Koplik + febre alta

Laboratório → Hemograma, Sorologia e RT-PCR

TRATAMENTO

Suporte: Hidratação, antipiréticos. Antibióticos (OMA, Pneumonia).

Vitamina A: Redução da morbimortalidade // Dose → < 1 ano: 100.000 UI / > 1 ano: 200.000 UI

- Crianças de 6 meses a 2 anos com as complicações secundárias
- Crianças >6 meses com fatores de risco (imunodeficiência, deficiência de vitamina A, desnutridos, absorção intestinal prejudicada)

ESCARLATINA

PREVENÇÃO:

Vacinação - Tríplex

Agente etiológico: ^{Tetra Viral (SRCV) → 15 meses} Streptococcus pyogenes (β hemolítico grupo A de Lancefield)

TRANSMISSÃO - gotículas de secreção respiratória.

Exotoxinas pirogênicas (toxina eritrogênica) – são responsáveis pela formação do rash típico



Antigênicas



agindo apenas contra o exantema.

Crianças entre 5-15 anos

CLÍNICA

Febre alta, calafrios, odinofagia.

Exame Físico:

Hiperemia faríngea e tonsilar
Hipertrofia com Focos de Pus
Adenopatia



O exantema 24-48h após o início dos sintomas:

Se inicia em volta do pescoço e se espalha para o tronco e extremidades.

pápulas eritematosas puntiformes próximas (pele em lixa).

Rubor facial com palidez perioral (Sinal de Filatov)



Enantema: proeminência das papilas em língua (língua em framboesa)



Exantema intensifica nas pregas dos membros (Sinal de Pastia)



COMPLICAÇÕES

Precoces - Síndrome do Choque Tóxico Estreptocócico (SCTE)

Tardias - Febre reumática e Glomerulonefrite.

DIAGNÓSTICO

Clínico - história e dos achados no exame físico

Hemograma

Cultura de swab de orofaringe

TRATAMENTO

Suporte – Hidratação, antitérmico

Específico : Antibiótico – Penicilina (Amoxicilina, Benzatina)

Alérgicos – Macrolídeos - Azitromicina

Resumindo...

FEBRE + CONJUNTIVITE + TOSSE + EXANTEMA MACULO-PAPULAR + MANCHAS DE KOPLIK

SARAMPO

Resumindo...

FEBRE + CEFALIA + EXANTEMA PLEOMORFICO PRURIGINOSO

VARICELA

