

Síndrome mão pé boca – manifestações atípicas na criança portadora de dermatite atópica e no lactente jovem

Autores: Lorena Gabrielle Estrella de Souza Toledo¹; Adriana Teixeira Rodrigues²

1. Residente de pediatria Hospital das Clínicas da UFMG – lorena.estrella@outlook.com

2. Preceptora do programa de residência de pediatria do Hospital das Clínicas da UFMG

INTRODUÇÃO

A síndrome mão pé boca (SMPB) é uma doença febril de etiologia viral com incidência principalmente no verão e início do outono. É causada pelo coxsackievirus, um vírus de RNA do gênero Enterovírus pertencente à espécie Enterovírus A, os sorotipos A16 e A71 são os mais frequentemente associados à SMPB e responsáveis pela maioria dos grandes surtos. Acomete sobretudo crianças na faixa etária abaixo de 5 anos e a gravidade da doença se correlaciona com a quantidade de vírus ao qual a criança foi exposta, sendo incomum em adultos. A transmissão ocorre por contato direto entre pessoas pela via fecal-oral, contato com secreções respiratórias e pode ocorrer após o contato com o fluido das vesículas. O período de incubação é de 2 a 5 dias e a manifestação típica inclui dor na boca ou garganta, recusa alimentar e febre associada a exantema e exantema. A SMPB pode levar à desidratação devido à redução da ingestão hídrica causada pela dor, mas na maioria das vezes o curso é benigno e raramente ocorrem complicações neurológicas e cardiovasculares.

DESCRIÇÃO DO CASO

Pré-escolar, sexo feminino, com relato de 2 picos febris, temperatura axilar (TAX) 38,8° e 39,0°C e queixa de odinofagia, foi levada ao pronto atendimento. Ao exame físico apresentava petéquias em palato e na história pregressa dermatite atópica (DA) com lesões eczematosas em dorso dos pés, sem outras alterações ao exame físico, foi liberada para o domicílio com diagnóstico clínico de faringoamigdalite e prescrito amoxicilina com clavulanato. Após três dias desenvolveu pápulas e vesículas eritematosas em dorso dos pés, região infra glútea e região poplíteia que foram associadas à exacerbação da DA. No mesmo período a irmã da paciente, lactente de 3 meses apresentou pico febril, TAX: 38°C, sem outros sintomas associados e lesão vesicular única em ambos polegares que foram associadas à sucção, pelo hábito de “chupar o dedo” e lesão vesicular com halo eritematoso em hálux. Após 2 dias a mãe das crianças, 29 anos, apresentou pico febril, TAX 38,3°C, evoluindo em seguida com petéquias em palato, odinofagia, lesões vesiculares em mucosa oral, pápulas dolorosas em lábios, mãos, pés, membros inferiores e abdome. Realizado tratamento sintomático para a lactente e a mãe.

Referências Bibliográficas:

1- ROMERO, José R. Hand, foot, and mouth disease and herpangina. Uptodate 2020 Disponível em: www.uptodate.com

2- Sociedade Brasileira de Pediatria. Síndrome Mão pé boca. Documento científico. Setembro 2019 Disponível em: www.sbp.com.br

3- HSIA, Shao-Hsuan et al. Cardiopulmonary failure in children infected with Enterovirus A71. Journal of Biomedical Science, v. 27, p. 1-6, 2020.



Figuras: Lesões papulares e maculares eritematosas e ulcerações em região poplíteia, perna e tornozelos. Lesões vesiculares com ulceração em região infra glútea. Lesão vesicular com halo eritematoso em hálux. Petéquias em palato. Máculas e pápulas em lábios e mão.

DISCUSSÃO

A apresentação clínica da SMPB tipicamente envolve lesões vesiculares em mucosa oral e erupções pápulo vesiculares em mãos e pés. O exantema oral é composto por máculas eritematosas que evoluem para vesículas que se rompem formando úlceras superficiais, já o exantema pode ser macular, maculopapular ou vesicular, abrangendo mãos e pés e menos frequentemente cotovelos, tornozelos, glúteos e região genital. Entretanto no presente caso a localização ou a quantidade de lesões eram atípicas e inicialmente a SMPB não foi uma hipótese diagnóstica, apenas após a manifestação no adulto, sendo o diagnóstico retrospectivo.

CONCLUSÃO

A SMPB é uma entidade altamente prevalente na prática pediátrica, quadros atípicos podem ocorrer nos pacientes que já apresentam doenças dermatológicas e nos lactentes jovens. No adulto manifestações da doença ocorrem geralmente após exposição a alta carga viral. A resolução do quadro ocorre entre 7 a 10 dias, mas algumas crianças podem desenvolver complicações sistêmicas graves dentre elas acometimento do sistema nervoso, desregulação do sistema nervoso autônomo levando a edema pulmonar, insuficiência cardíaca e falência cardiopulmonar.