



DOENÇAS EXANTEMÁTICAS DA INFÂNCIA



Internos:

Lucas Benjamin

Patrícia Teixeira

INTRODUÇÃO



EXANTEMA

- Rash cutâneo → Manchas/lesões na pele
- Pode ser único ou múltiplo, localizado ou disseminado
- Diferentes características (pápula, mácula, vesícula...)

DOENÇA EXANTEMÁTICA

- Doença infecciosa sistêmica que inclui o rash cutâneo no quadro clínico
- Possui diversas etiologias gerando dificuldade diagnóstica.
- Na infância é causada principalmente por 8 doenças

INTRODUÇÃO



FASES CLÍNICAS:

1. FASE DE INCUBAÇÃO
2. FASE PRODRÔMICA
3. FASE EXANTEMÁTICA
4. FASE DE CONVALESCENÇA

SARAMPO



VACINA

- Tríplice viral - 12 e 15 meses;

EPIDEMIOLOGIA

- Doença em processo de erradicação - vacina - mais ainda anualmente são evidenciados novos casos;
- Casos de importação
- 2014: 503 no Ceará , 24 em Pernambuco e 7 em SP;
- 2011: 201 casos;

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

- Sim.

SARAMPO

AGENTE E TRANSMISSÃO

- Paramixovírus
- Transmissão por aerossóis e contato com secreções respiratórias;
- Período de transmissão: 3 dias antes exantema e 4-6 dias após;

PREVENÇÃO

- Vacina
- Evitar contato com pacientes doentes

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

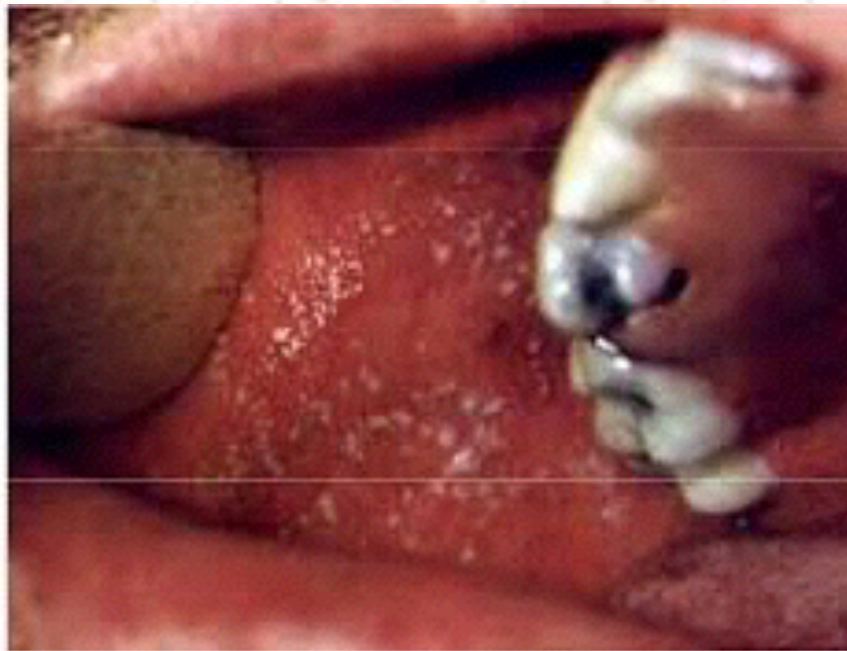
- **Clínico**
- Elisa IgM, Isolamento viral, PCR;

SARAMPO

CLÍNICA

- Fase de incubação: 8 - 12 dias
- Fase prodrômica: 2 - 4 dias
 - febre (pico na erupção), conjuntivite com fotofobia, tosse;
 - manchas de koplic: manchas branco-azuladas ou acinzentadas sobre base eritematosa, no interior da boca;
- Fase exantemática:
 - exantema morbiliforme;
 - progressão crânio-caudal;
- Fase de convalescença:
 - Descamação furfurácea.
 - Tosse é a última manifestação a aparecer;

Manchas de
KOPLIK



<http://alagoasreal.blogspot.com.br/search/label/Sarampo>





<http://www.fiocruz.br/biosseguranca/Bis/infantil/sarampo.htm>

SARAMPO

COMPLICAÇÕES

- Otite média aguda
- Pneumonia
- Encefalite

TRATAMENTO

- Suporte
- Vitamina A - se hipovitaminose
- Internação com isolamento aéreo

PROFILAXIA APÓS EXPOSIÇÃO

- Vacina de bloqueio
- Imunoglobulina até 6 dias - gestantes, imunodeprimidos, < 6m;

RUBEOLA



VACINA

- Tríplice viral - 12 e 15 meses;

EPIDEMIOLOGIA

- Era pré-vacinal doença em pré-escolares e escolares.
- Introdução da vacina - incidência em jovens ↑19 a. (↑Masculino)

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

- Sim.

RUBEOLA

AGENTE E TRANSMISSÃO

- Togavírus
- Transmissão por secreções nasofaríngeas dos infectados;
- Período de transmissão: 5 dias antes exantema e 6 dias após;

PREVENÇÃO

- Vacina
- Evitar contato com pacientes doentes

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Clínico
- Elisa IgM, Isolamento viral pela cultura - urina;

RUBEOLA

CLÍNICA

- Fase de incubação: 14 - 21 dias
- Fase prodrômica:
 - Linfadenopatia retroauricular occipital e cervical
 - Sinal de Forcheimer – petéquias na transição palato duro – mole
- Fase exantemática:
 - exantema rubeoliforme; maculopapular;
 - progressão crânio-caudal rápida;
- Fase de convalescença:
 - Descamação ausente.



<http://medsemiologia.blogspot.com.br/2012/04/sinal-de-forchheimer.html>

RUBEOLA

COMPLICAÇÕES

- Artrite (+ sexo feminino)
- Síndrome da rubéola congênita - embriopatia grave;
 - Abortamentos, natimortos ou malformações graves; (surdez, malformações cardíacas, lesões oculares e outras)
- Trombocitopenia
- Encefalite pós-infecciosa

TRATAMENTO

- Suporte, sintomáticos
- Imunoglobulina e corticóide se trombocitopenia grave;

PROFILAXIA APÓS EXPOSIÇÃO

- vacina de bloqueio até 72h pós-exposição;

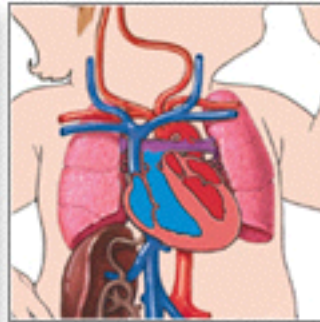


<http://madreshoy.com/sindrome-congenito-de-la-rubeola/>

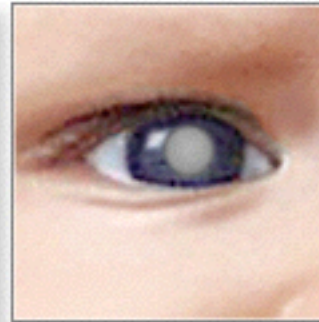
Síndrome por rubéola



Microcefalia



CAP



Cataratas

 ADAM.

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/esp_imagepages/17253.htm



<http://www.healthline.com/health/rubeola-measles-pictures>

ERITEMA INFECCIOSO



VACINA

- Não

EPIDEMIOLOGIA

- Escolares 5-15 anos.
- 40-60% dos adultos já tiveram a infecção

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

- Sim.

ERITEMA INFECCIOSO

AGENTE E TRANSMISSÃO

- Parvovírus B19 - tropismo por eritrócitos;
- Transmissão por gotículas e secreções nasofaríngeas;
- Período de transmissão: 7 a 11 dias após a infecção inicial
- No exantema o paciente já não elimina mais o vírus;

PREVENÇÃO

- Evitar contato com pacientes infectados.
- Paciente com exantema ou artropatia não infectante
- Isolar pacientes com anemia aplásica;

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- **Clínico!**
- IgM, detecção do DNA viral;

ERITEMA INFECCIOSO

CLÍNICA

- Fase de incubação: 17 - 18 dias
- Fase prodrômica: -
→ Inespecífico ou inexistente - imunomediado
- Fase exantemática:
 - 1- Sinal da face esbofetada
 - 2 - Exantema reticulado —> predominante na extremidades extensoras, preserva palmas e plantas;
 - 3 - Recidiva - sol, calor, estresse, exercício;
→ Exanteme trifásico: progressão crânio-caudal
- Fase de convalescença:
→ Descamação ausente.

ERITEMA INFECCIOSO

COMPLICAÇÕES

- Crise aplástica (transitória) - vigência da viremia - falciforme
- Hidropsia fetal → miocardite
- Artropatia → + no sexo feminino
- Síndrome Papular-purpúrica em Luvas e Meias -
 - Febre, prurido, eritema e edema em mãos e pés;

TRATAMENTO

- Suporte, sintomáticos
- Imunoglobulina se anemia crônica e supressão medular;

PROFILAXIA APÓS EXPOSIÇÃO

- interromper cadeia de transmissão
- isolar crianças com crise aplásica (1 sem pós febre)



<http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/handle/123456789/184>

EXANTEMA SUBITO



VACINA

- Não

EPIDEMIOLOGIA

- Doença típica do lactente - 95% até 2 anos;

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

- Não.

EXANTEMA SUBITO

AGENTE E TRANSMISSÃO

- Herpes vírus humano tipo 6 HHV-6;
- Gotículas de saliva do hospedeiro saudável;

PREVENÇÃO

- Evitar contato com pacientes infectados.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- **Clínico**

EXANTEMA SUBITO

CLÍNICA

- Fase de incubação: 1 - 2 semanas
- Fase prodrômica: aprox. 3 dias
 - Febre alta que desaparece em crise seguida do aparecimento do exantema
 - Sd. catarral
- Fase exantemática:
 - Rubeoliforme – maculopapulares róseas, não pruriginosas
 - Progressão centrífuga – tronco para extremidades
- Fase de convalescença:
 - Descamação ausente.

EXANTEMA SUBITO

COMPLICAÇÕES

- Convulsão

TRATAMENTO

- Sintomáticos
- Ganciclovir, cidociclovir e foscarnet para casos graves;



**[http://lapedufrn.blogspot.com.br/2014/03/
doenca-muito-comum-na-1-infancia.html](http://lapedufrn.blogspot.com.br/2014/03/doenca-muito-comum-na-1-infancia.html)**

VARICELA



VACINA

- Introdução em 2013 no PNI
- Tetra-viral (com segunda dose da Tríplice Viral - 15m)
- SBP – duas doses (12 e 15m)

EPIDEMIOLOGIA

- Infecção bastante comum antes dos 15 anos
- 90% das crianças soroconvertem até os 10 anos

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

- Apenas casos graves ou óbitos



VARICELA



CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Grupo alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta	VIP e VOP	Pneumo 10	Rotavírus	Meningo C	Febre amarela	Tríplice viral	Dupla adulto
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer								
	2 meses			1ª dose	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose				
	3 meses							1ª dose			
	4 meses			2ª dose	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose				
	5 meses							2ª dose			
	6 meses			3ª dose	3ª dose (com VOP)	3ª dose					
	9 meses								Dose inicial	TETRA VIRAL	
	12 meses					Reforço				1ª dose	
	15 meses			1º reforço (com DTP)	Reforço (com VOP)			Reforço		2ª dose	
	4 anos			2º reforço (com DTP)							

⁽¹⁾Se não tiver recebido o esquema completo na infância. ⁽²⁾Respeitar esquemas anteriores.
 Fonte: Portaria GM/MS nº 1.498, de 19 de julho de 2013.

VARICELA



AGENTE E TRANSMISSÃO

- *Varicela-Zóster* (vírus DNA – família herpes)
- Respiratória e partículas suspensas no ar (aerossol) – **MUITO CONTAGIOSA**
- Período de transmissão: De 2 dias antes do exantema até todas as lesões formarem crostas

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

- Vacinação
- Isolamento de pacientes infectados
- Prevenção de contato



VARICELA

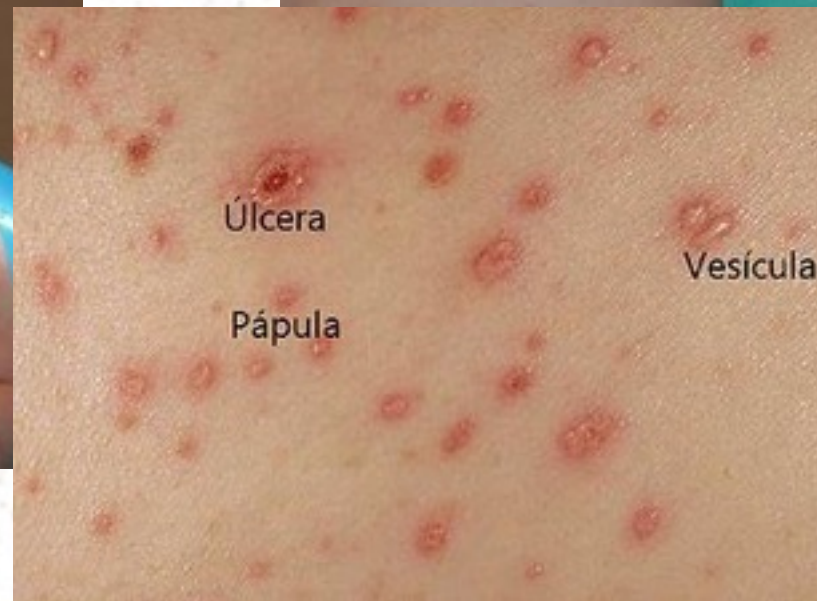


CLÍNICA

- Fase de incubação: 10-21 dias
- Fase prodrômica: 1-2 dias
 - Maioria das crianças pequenas não apresenta sinais específicos
- Fase exantemática: 2-3 dias
 - Polimorfismo
 - Distribuição centrífuga
 - Prurido

OBS: *Varicela-Zóster* → Varicela em primo-infecção → latência → reativação → Herpes-Zóster = mesma clínica respeitando dermatômos

VARICELA



VARICELA



DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- **Clínico**
- Se duvida pode: PCR, Tzanck com células gigantes

COMPLICAÇÕES

- Infecções de pele secundária
- Ataxia cerebelar
- Pneumonia
- Meningoencefalite
- Varicela progressiva (imuc omprometidos)
- Síndrome de Reye se AAS

VARICELA



TRATAMENTO

- Suporte
- Prevenção de infecção secundária (higiene)
- Se alta gravidade ou complicações: **Aciclovir**

PROFILAXIA APÓS EXPOSIÇÃO

- Vacina de bloqueio – até 5 dias:
 - Para controle de SURTOS (**Hospitais, creches, instituições de assistência...**)
- Imunoglobulina – até 4 dias:
 - Para contactantes susceptíveis com risco de gravidade (**Imunodeprimidos, grávidas, prematuros...**)

ENTEROVIROSES não-pólio



VACINA

- Não tem!

EPIDEMIOLOGIA

- Infecções de alta frequência na população pediátrica
- Maioria assintomática ou sintomatologia inespecífica
- Auto-limitadas

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

- Não!

ENTEROVIROSES não-pólio



AGENTE E TRANSMISSÃO

- Enterovírus (*coxsackie, echovírus, enterovírus...*)
- Transmissão oral-fecal, respiratória, vertical

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

- Comportamental (higiene pessoal e ambiental)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL COM EXANTEMÁTICAS

- SÍNDROME MÃO-PÉ-BOCA

SÍND. MÃO-PÉ-BOCA



AGENTE

- *Cocksakie A16* (e outros)

CLÍNICA

- Fase prodrômica:
 - Pode ou não existir com febre e sinais inespecíficos
- Fase exantemática:
 - Inicia com úlceras e vesículas em **mucosa oral e lábios**
 - Evolui com exantema maculopapular, vesículas e pústulas em **mão, pé e nádegas**

SÍND. MÃO-PÉ-BOCA



SÍND. MÃO-PÉ-BOCA



DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- **Clínico**
- Se dúvida pode: PCR ou cultura viral

COMPLICAÇÕES

- Não possui complicações significativas

TRATAMENTO

- Suporte

PROFILAXIA APÓS EXPOSIÇÃO

- Não tem

MONONUCLEOSE



VACINA

- Não tem

EPIDEMIOLOGIA

- Infecção muito comum na infância e na vida adulta
- Cerca de 90% da população possui anticorpos +
- Grande maioria assintomática

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

- Não

MONONUCLEOSE



AGENTE E TRANSMISSÃO

- *Epstein-Barr* (vírus DNA – família herpes)
- Transmissão por saliva (“Doença do beijo”)
- Latência → eliminação intermitente do vírus

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

- Comportamental

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Clínica + Sorologia (**IgM** e IgG)

MONONUCLEOSE



CLÍNICA

- Fase de incubação: 16-50 dias
- Fase prodrômica: 14-28 dias
 - Febre, mialgia, astenia, náuseas, cefaléia
 - **Amigdalite exsudativa** (DD faringite streptocócica)
 - **Linfadenopatia** (90%)
 - **Esplenomegalia** (50%)
 - **Sinal de Hoagland** (Edema palpebral)
- Fase exantemática:
 - Apenas 3-13%
 - **Se após ATB → 80%**
 - **Maculopapular**

MONONUCLEOSE



MONONUCLEOSE



COMPLICAÇÕES

- Muito raras: Ruptura esplênica, neurológicas, anemia hemolítica, obstrução de vias superiores...

TRATAMENTO

- Suporte
- Se complicada: **Prednisona**

PROFILAXIA APÓS EXPOSIÇÃO

- Não tem

ESCARLATINA



VACINA

- Não tem

EPIDEMIOLOGIA

- Mais comum entre 5-15 anos
- Associação com **faringite** (mais comum) ou **piodermite** estreptocócicas

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

- Não

ESCARLATINA



AGENTE E TRANSMISSÃO

- *Streptococcus pyogenes* (bactéria Gram positiva)
- Transmissão por saliva e secreção de pacientes sintomáticos
- Período de transmissão: Todo período sintomático

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

- Tratamento de pacientes sintomáticos

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- **Clínico**
- Pode teste rápido e cultura (Padrão-ouro)

ESCARLATINA



CLÍNICA

- Fase de incubação: 3-5 dias
- Fase prodrômica: 2-4 dias
 - Infecção primária
 - Faringoamigdalite supurativa ou Piodermite
- Fase exantemática:
 - Maculopapular densa:
 - Some a digitopressão
 - **Sinal de Pastia** (dobras)
 - **Sinal de Filatov** (hiperemia malar + palidez perioral)
 - Distribuição crânio-caudal
 - Pode aparecer **língua em framboesa**
- Fase de convalescença:
 - Descamação como de origem solar

ESCARLATINA



ESCARLATINA



COMPLICAÇÕES

- Febre reumática

TRATAMENTO

- Objetivos: aliviar sintomas + prevenir F.R + ↓ transmissão
- PENICILINA:
 - Benzatina 1.200.000 UI – dose única IM
 - àV oral ou amoxicili
 - à Alérgicos: Cefalosporinas, clindamicina, azitromicina, eritromicina

PROFILAXIA APÓS EXPOSIÇÃO

- Não tem

bibliografias

1. BEHRMAN, Richard E. Nelson-tratado de pediatria. Nelson-Tratado de Pediatria. 17ªEd, 40, 2004.
2. www.saude.mt.gov.br/
3. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. "Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso." (2004).
4. <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/rubeola>