



Data de Submissão: 30/09/2019
Data de Aprovação: 15/06/2020

RELATO DE CASO

Síndrome mão-pé-boca, devemos nos preocupar?

Hand-foot-mouth syndrome, should we worry about?

Jandre Rogério Markus¹, Beatriz Zanella Lodi², Adriano Augusto Almeida Guimaraes², Alyunny Aparecida Carvalho²

Palavras-chave:

Criança,
Estomatite Aftosa,
Hospitalização,
Surtos de Doenças.

Resumo

A síndrome mão-pé-boca é uma infecção viral contagiosa benigna que atinge principalmente crianças, sendo raras as complicações da doença. Nos últimos anos, vem sendo observado um aumento do número de casos em vários países e devemos ficar alerta para novos casos no Brasil. Este relato de caso tem a intenção de demonstrar a evolução de uma criança em uma das formas mais graves da doença com lesões extensas pelo corpo associado à necessidade de internação pela prostração e dificuldade de ingestão. Paciente RCL, 2 anos, início de prostração e irritabilidade que evoluíram com lesões em cavidade oral e mãos, com piora progressiva em horas. A evolução fotográfica das lesões mostra a rapidez do surgimento das lesões e a apresentação delas. O relato tem o objetivo de chamar a atenção para quadros mais graves da doença e a necessidade maior atenção pelo pediatra de sinais de gravidade que podem até levar ao óbito.

Keywords:

Child,
Stomatitis,
Hospitalization,
Disease Outbreaks.

Abstract

Hand-foot-mouth syndrome is a benign contagious viral infection that affects mainly children and complications of the disease are rare. In recent years, there has been an increase in the number of cases in several countries and we must be alert to new cases in Brazil. This case report is intended to demonstrate the evolution of a child in one of the most serious forms of the disease with extensive injuries to the body associated with the need for hospitalization due to prostration and difficulty in eating. RCL patient, 2 years old, onset of prostration and irritability that evolved with lesions in the oral cavity and hands, with progressive worsening in hours. The photographic evolution of the lesions shows how quickly the lesions appear and their appearance. The report aims to draw attention to more severe conditions of the disease and the need for greater attention by the pediatrician of signs of severity that can even lead to death.

¹ Universidade Federal do Tocantins, Pediatria - Palmas - Tocantins - Brasil.

² Itpac - Porto Nacional, Pediatria - Porto Nacional - TO - Brasil.

Endereço para correspondência:

Jandre Rogério Markus.

Universidade Federal do Tocantins. Avenida NS-15, Quadra 109, Alcno 14, bloco D, s/n, Plano Diretor Norte, Palma, TO, Brasil. CEP: 77001-090. E-mail: jandreimarkus@gmail.com



INTRODUÇÃO

A doença ou síndrome mão-pé-boca (MPB) é uma infecção viral contagiosa de transmissão fecal-oral causada pelos enterovírus. A erupção é benigna e localizada na maioria dos pacientes, no entanto, recentemente foram relatados surtos com erupções extensas e graves em vários países. Além disso, alguns pacientes apresentam evolução desfavorável, sendo observado até mesmo óbitos relacionados à doença¹.

As manifestações clínicas mais comuns são febre associada a uma erupção papulovesicular nas palmas e plantas, geralmente mais ovaladas em formato de “grão de arroz” e lesões ulceradas na cavidade oral que podem não estar presentes em todos os casos. A principal preocupação na maioria dos casos é a desidratação, porém nos últimos anos, observou-se em epidemias na Ásia que a doença pode ser fatal, principalmente relacionada ao enterovírus 71, podendo envolver o sistema nervoso central e mesmo o autonômico, provocando alterações de circulação, cardíacas e mesmo edema pulmonar. Além disso, quadros clínicos com lesões disseminadas que provocam dor e são bastante debilitantes foram descritas, sendo comum nesses casos a necessidade de hospitalização e manejo do quadro hospitalizado¹.

RELATO DE CASO

RCL, 2 anos, masculino, sem história de doenças prévias, iniciou com quadro de prostração, irritabilidade e prurido generalizado. Com 5 horas após surgiram múltiplas máculas de 3mm de diâmetro em região perioral e mãos, associado com lesões em cavidade oral (Figuras 1A e 1B). As lesões evoluíram em 2 horas para bolhas. Neste momento observou-se febre 38,2°C e vômitos sem sangue. Logo após surgiram lesões em pés e o restante do corpo, sendo que as maiores concentrações foram em mãos, pés e região oral.



Figura 1. A. Lesões iniciais periorais; B. Lesões iniciais nas mãos; C. Evolução das lesões com algumas horas; D. As lesões após 3 dias de evolução da doença.

No segundo dia apresentou piora da prostração e febre de 39°C, associado a aumento das lesões, optou-se pela internação. Iniciou-se tratamento sintomático e observou-se as lesões compatíveis ao diagnóstico (Figura 1C). Os resultados de exames não demonstravam alterações importantes, com leucometria de 13.500 com 71% de neutrófilos. No terceiro dia apresentou melhora da prostração, cessação da febre e do prurido (Figura 1D).

No quarto dia as bolhas começaram a melhorar, sendo que recebeu alta hospitalar. No quinto dia de doença evoluiu com descamação da pele que durou 15 dias, começando pelas nádegas, seguida face, mãos e restante do corpo (Figura 2A). Três semanas do início do quadro viral iniciou processo da queda de todas as unhas (Figura 2B).



Figura 2. A. Lesões descamativas dos pés que ocorreram após alta; B. Onicomadese das unhas das mãos.

DISCUSSÃO

A MPB é uma doença benigna, na maioria dos casos, porém deve-se observar que em casos de epidemias a doença pode evoluir com quadros mais graves e mesmo com óbitos. A etiologia é viral, principalmente os coxsackies (A6, A10 e A16) e pelo enterovírus 71, sendo que durante epidemias esses vírus circulam em conjunto, o que resulta em quadros clínicos indistinguíveis na prática. Outros sorotipos foram relatados causando surtos, sendo menos frequentes. A maioria dos quadros mais graves são em crianças menores de cinco anos, podendo apresentar maior número de lesões que o habitual, como é o caso descrito, ou mesmo apresentar uma evolução desfavorável com comprometimento do sistema nervoso¹⁻⁴.

As alterações laboratoriais na doença são inespecíficas, sendo observado aumento da contagem de leucócitos associado à neutrofilia, como encontrado inicialmente neste paciente. Em alguns momentos pode ser observado aumento da CK, quando apresentam quadros de miosite associado¹.

As formas extensas normalmente apresentam lesões vesiculobolhosas, localizadas nos cotovelos, joelhos e nádegas e, inclusive, na região dorsal de pés e mãos. Alguns pacientes apresentam grande número de lesões, sendo os pacientes com doenças de pele, como a dermatite atópica, podem apresentar grande número de lesões nos locais ativos da doença de base. O paciente em questão não apresentava histórico de doença

anterior, porém teve uma evolução rápida para a forma mais grave da doença, o que acabou indicando a internação para acompanhar a evolução do quadro^{3,5}.

A descamação acentuada de mãos e pés, assim como a forma mais graves parecem ter mais associação com o vírus coxsackie A6. A descamação ocorre após 2 a 3 semanas, logo após inicia-se a onicomadese que em alguns casos pode atingir todas as unhas, como foi o caso do paciente^{2,3,5,6}.

Após esses eventos de descamação e onicomadese a pele é restaurada sem qualquer cicatriz ou seqüela, e o paciente apresenta evolução satisfatória.

A principal preocupação na maioria dos casos é a desidratação, devido principalmente à dificuldade de ingestão de líquido pelas lesões aftosas na cavidade oral, que podem resultar em dificuldade de engolir a própria saliva. O tratamento da doença é sintomático, com hidratação endovenosa nos casos de dificuldade de ingestão. O uso de imunoglobulina é recomendado em casos graves com sinais de comprometimento do sistema nervoso autônomo, com sinais de disautonomia¹.

As reinfecções, inclusive pelo mesmo sorotipo foram demonstradas na China. Atualmente vacinas contra o enterovírus 71 estão em estudo neste país⁷.

CONCLUSÃO

Os casos de MPB são comuns na faixa etária pediátrica, sendo observado casos com lesões extensas e que necessitam

de observação próxima para eventuais sinais de disautonomia ou comprometimento do sistema nervoso autônomo. A doença, apesar de benigna na maioria dos casos, pode apresentar risco como desidratação e mesmo comprometimento grave que podem ocasionar o óbito.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Regional Office for the Western Pacific, Regional Emerging Diseases Intervention (REDI) Centre. A guide to clinical management and public health response for hand, foot and mouth disease (HFMD) [Internet]. Geneva: WHO; 2011; [acesso em 2020 Jun 11]. Disponível em: <https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/5521>
2. Mao L, Fu X, Wu J, Shen L, Gu J, Yuan Z, et al. The dynamics of the hand, foot and mouth disease epidemic from 2008 to 2016 in Zhenjiang city, China. *Future Microbiol*. 2018 Jul;13:1029-40.
3. Mathes EF, Oza V, Frieden IJ, Cordero KM, Yagi S, Howard R, et al. "Eczema coxsackium" and unusual cutaneous findings in an enterovirus outbreak. *Pediatrics*. 2013 Jul;132(1):e149-57.
4. Lipe DN, Affleck S. Atypical presentation of hand, foot, and mouth disease in an adult. *Clin Pract Cases Emerg Med*. 2018 Mai;2(2):179-80.
5. Ramirez-Fort MK, Downing C, Doan HQ, Benoist F, Oberste MS, Khan F, et al. Coxsackievirus A6 associated hand, foot and mouth disease in adults: clinical presentation and review of the literature. *J Clin Virol*. 2015 Jan;60(4):381-6.
6. Clementz GC, Mancini AJ. Nail matrix arrest following hand-foot-mouth disease: a report of five children. *Pediatr Dermatol*. 2000 Jan/Fev;17(1):7-11.
7. Huang J, Liao Q, Ooi MH, Cowling BJ, Chang Z, Wu P, et al. Epidemiology of recurrent hand, foot and mouth disease, China, 2008-2015. *Emerg Infect Dis*. 2018 Mar;24(3):432-42.