

recomendações

Atualização de Condutas em Pediatria

Departamentos Científicos SPSP
Gestão 2016-2019

79

Março
2017



**Departamento de
Reumatologia**

Doença de
Kawasaki

**Departamento de
Dermatologia**

Aspectos úteis
no diagnóstico
diferencial dos
exantemas

**Departamento de
Alergia e Imunologia**

Anafilaxia



Diretoria de Publicações
Sociedade de Pediatria de São Paulo

www.spsp.org.br

Aspectos úteis no diagnóstico diferencial dos exantemas

Exantemas são caracterizados por eritema agudo, rapidamente progressivo, em geral de curta duração. Se o eritema está entremeado por áreas de pele são do tipo morbiliforme e, se for difuso e uniforme, do tipo escarlatiniforme.

São comuns na infância e sua etiologia pode ser: infecciosa (viral ou bacteriana), por hipersensibilidade a medicamentos (farmacodermias) ou indeterminada.

Os exantemas virais clássicos, como o do sarampo, da rubéola, da escarlatina, são bem conhecidos, portanto, destacaremos os aspectos dermatológicos que auxiliam no diagnóstico diferencial dos outros tipos de exantemas na criança.

Exantemas virais:

- Eritema Infeccioso é causado pelo Parvovírus Humano B19 (HPV B19), um DNA vírus que acomete pacientes de qualquer idade, porém é mais comum em pré-escolares. O período de incubação é de 4 a 15 dias. O quadro começa com mal-estar e febre e é seguido por lesões eritematosas nas regiões zigomáticas, poupando a região centrofacial (“face esbofetada”). Exantema nas extremidades e no tronco, reticulado é característico. Pode haver prurido, artralgia e recidiva do exantema após exercícios físicos e banhos quentes.¹

Lesões purpúricas-petequiais e manifestações hemorrágicas são menos frequentes, mas podem ocorrer.²

- Exantema Súbito é causado pelo herpes vírus humano HHV-6 (A e B) e HHV-7. O quadro começa com febre alta, 3-5 dias, e a seguir surge o exantema geralmente na região cervical e no tronco, efêmero. Exantema oral pode ocorrer. Quadros assintomáticos podem ocorrer, bem como complicações neurológicas (convulsões e encefalopatia).³

- Doença Mão-Pé-Boca é uma enterovirose causada pelo Coxsackie A16, A10 e Enterovírus 71, altamente contagiosa, incubação de 4-6 dias. Pródromo frustro, com febre e mal-estar, seguido de exantema oral e a seguir

Autora:

Silvia A. Soutto Mayor

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA
Gestão 2016-2019

Presidente:

Silmara da Costa Pereira Cestari

Vice-presidente:

Antônio Carlos Madeira de Arruda

Secretário:

Selma Maria Furman Hélène

Membros:

Anete Sevciovic Grumach, Debora Gejer, Deborah Regina Cunha Simis, Maria Cecília da M. Rivitti Machado, Luciana de Paula Samorano Lima, Luciana Pavarin de Oliveira, Silvia Assumpção Soutto Mayor, Sônia Maria Voss Gonzalez, Valcínir Bedin, Zilda Najjar Prado de Oliveira.

exantema, caracterizado por vesículas em forma de losango - achatadas, em regiões palmo-plantares com halo eritematoso. Lesões em área de fraldas são comuns. Pré-escolares e escolares são os mais acometidos, mas pode ocorrer em adolescentes e adultos.

- Exantema pelo Epstein-Barr Vírus (EBV). O EBV, da família herpesviridae, costuma ser inoculado na orofaringe e a partir daí atinge os linfócitos B. A infecção primária pode ocorrer na infância e em geral é assintomática. No adolescente ou no adulto jovem surgem as manifestações clínicas da mononucleose clássica: febre, fadiga e linfonodomegalia, que podem durar algumas semanas.

O exantema difuso, maculopapuloso ocorre em 90 a 100% dos pacientes com infecção pelo EBV, tratados com ampicilina ou amoxicilina.⁴⁻⁵

Exantemas bacterianos:

Na Síndrome da Pele Escaldada Estafilocócica (SSSS) as lesões decorrem do efeito de toxinas epidermolíticas do *S. aureus*: ET-A e ET-B.

Acomete bebês e menores de cinco anos. O foco inicial da infecção estafilocócica costuma ser a nasofaringe.

Febre de início abrupto, irritabilidade e exantema rapidamente progressivo (escarlatiniforme) são característicos. Auxiliam no diagnóstico o eritema e a descamação periorais, exantema acompanhado de microvesículas em áreas flexurais e a seguir o desprendimento, descamação da pele.

Exantemas urticariformes:

Urticária é caracterizada pela presença de placas eritemato-edematosas, que mudam de lugar ou desaparecem após alguns minutos ou em até 24 horas.

Se as lesões durarem até seis semanas é chamada urticária aguda, e se a duração for maior: urticária crônica. Pode ou não estar associada ao angioedema.

Etiologias: infecciosa, comumente viral (vírus da hepatite B, EBV, Influenza, Adenovírus e Enterovírus), alimentar (leite de vaca, ovos, peixes e frutos do mar, castanhas, corantes como tartrazina, etc), medicamentosa (penicilinas, cefalosporinas, sulfas, anti-inflamatórios não hormonais,

aspirina e ibuprofeno, radiocontrastes, etc), por agentes físicos como calor e frio, ou indeterminada. O quadro clínico é característico, seja qual for o agente etiológico.

Exantemas desencadeados por medicamentos ou farmacodermias:

As reações adversas a drogas podem envolver diferentes órgãos e sistemas, sendo a pele a mais frequentemente acometida.

Os exantemas são as formas mais comuns de apresentação clínica das farmacodermias na infância. Seu início é abrupto e evoluem rapidamente durante o uso da medicação ou até algumas semanas após a suspensão da droga. As drogas mais envolvidas são as penicilinas, amoxicilina, ampicilina, sulfonamidas, piroxicam, naproxeno, dipirona, ácido acetil salicílico, fenobarbital, fenitoína e carbamazepina. Farmacodermias graves são as que comprometem o estado geral, cursam com febre, lesões cutâneas e mucosas, comprometimento sistêmico, com risco de morte. Anticonvulsivantes, antimicrobianos, antivirais, antidepressivos, anti-hipertensivos e anti-inflamatórios são desencadeantes.

- Síndrome DRESS (síndrome de hipersensibilidade a drogas com envolvimento sistêmico) ocorre em crianças e em adultos, rara, pode ter início entre duas a seis semanas após o uso da droga.⁶ Febre, exantema morbiliforme, edema de face e extremidades, linfonodomegalia, comprometimento hepático, renal e alterações no hemograma são típicos.⁷

- Síndrome de Stevens-Johnson (SSJ). Rara (1,2-6 casos/milhão/ano). Febre, queda do estado geral, lesões purpúricas confluentes ou em alvo atípico, bolhas e erosões em até 10% da superfície corporal e comprometimento de duas ou mais mucosas (oral, ocular, nasal, genital).

- Necrolise Epidérmica Tóxica (NET). Rara na infância e menos rara no adulto (0,4-1,9 casos/milhão/ano), 80-90% deles por drogas. Febre, anorexia, faringite, cefaleia e exantema morbiliforme no início. A seguir: bolhas, erosões e destacamento da pele em 30% ou mais da superfície corporal, lesões mucosas e cutâneas dolorosas. Acometimento ocular, pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal, renal e hematológico. Mortalidade ao redor de 30%.⁸

Referências:

1. Mage V, Lipsker D, Barbarot S, Bessis D, Chosidow O, Del Giudice P, et al. Different patterns of skin manifestations associated with Parvovirus B19 primary infection. *J Am Acad Dermatol.* 2014;71:62-9.
2. Tuccio A, Zanelli G, Rodriguez DC, Tataranno ML, Vascotto M, Balestri P. Petechial rash associated with Parvovirus B19 in children: case report and literature review. *Infez Med.* 2014;22:250-4.
3. Tesini BC, Epstein LG, Caserta MT. Clinical Impact of primary infection with roseoloviruses. *Curr Opin Virol.* 2014;9:91-6.
4. Hall LD, Eminger LA, Hesterman KS, Heymann WR. Epstein Barr virus: dermatologic associations and implications: part I. *J Am Acad Dermatol.* 2015;72:1-19.
5. Dilermia V, Mansouri Y. Epstein Barr virus and skin manifestations in childhood. *Int J Dermatol.* 2013;52:1177-84.
6. Husain Z, Reddy BY, Schwartz RA. DRESS syndrome: Part I. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68:693:1-14.
7. Husain Z, Reddy BY, Schwartz RA. DRESS syndrome: Part II. *J Am Acad Dermatol.* 2013;68:709:1-9.
8. Schwartz RA, MC Donough PH, Lee BW. Toxic epidermal necrolysis. *J Am Acad Dermatol.* 2013;69:173-84.