

Daniel Fernando Ribeiro
Adriano Mesquita Soares
(Organizadores)

SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

desafios e
perspectivas
Volume III



AYA EDITORA
2023



Daniel Fernando Ribeiro
Adriano Mesquita Soares
(Organizadores)

Saúde da criança e do adolescente: desafios e perspectivas

Vol. 3

Ponta Grossa
2023

Capítulo 05

Síndrome mão-pé-boca: diagnósticos diferenciais, características clínicas e implicações na prática odontológica: um relato de caso em uma criança

Hand-foot-mouth syndrome: differential diagnoses, clinical features and implications for dental practice: a case report in a child

Yasmim Fonseca Farias Carboni

Cirurgiã-dentista. Centro Universitário do Sagrado Coração, (UNISAGRADO). ID Lattes: 9865151423954073

Wagner José Sousa Carvalho

Graduando em Odontologia. Centro Universitário do Sagrado Coração, (UNISAGRADO) ID Lattes: 2593421070768963. ORCID: 0000-0002-3184-085X

Marcos Martins Curi

Doutor em Oncologia. Hospital Santa Catarina- SP. ID Lattes: 1231482442733213

Sebastião Pires Ferreira Filho

Doutor em Infectologia. Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB-UNESP). ID Lattes: 3609974334123093. ORCID: 0000-0002-0024-0763

Camila Lopes Cardoso

Pós-doutorado em Odontologia. Centro Universitário do Sagrado Coração, (UNISAGRADO). ID Lattes: 2409547375958396. ORCID: 0000-0001-9545-6809

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico da síndrome mão-pé-boca em bebê de 2 anos e discutir sobre o diagnóstico diferencial e conduta sobre a doença. Paciente do sexo masculino, 2 anos de idade, apresentou episódio único de 38,5° de febre e vômito e evolução no dia seguinte com recusa de alimentação sólida e prostração. No período de 24h surgiram lesões vesico-bolhosas no palato duro e mole, orofaringe, língua e região perioral. Além disso, os pés e mãos apresentaram manchas avermelhadas puntiformes assintomáticas que evoluíram para bolhas nos pés. Exantema generalizado no quadril e nádegas se deu dois dias depois. O paciente ficou 5 dias sem comer, somente ingerindo líquido



(leite, suco e água). Avaliação com o pediatra foi feita e o diagnóstico clínico foi confirmado síndrome mão-pé-boca. O tratamento consistiu em hidratação, antitérmico se necessário e ibuprofeno (100mg/ml) gotas/kg a cada 8 horas para alívio sintomático. O paciente foi acompanhado e após 7 dias houve total regressão do quadro sistêmico e bucal. Manchas roxas e defeitos nas unhas dos dedos dos pés remanesceram por um mês. As doenças virais nas crianças são muito frequentes e compartilham características sistêmicas comuns, entretanto alguns sinais como a localização das lesões orientam o diagnóstico clínico final. Como conclusão, é interessante o cirurgião-dentista conhecer manifestações bucais que auxiliam no diagnóstico diferencial das viroses na infância.

Palavras-chave: Coxsackie. doença. lesões. mão-pé-boca. criança.

ABSTRACT

The objective of this study was to report a clinical case of hand-foot-mouth disease in a 2-year-old baby and discuss the differential diagnosis and management of the disease. A 2-year-old male patient presented with a single episode of 38.5° of fever and vomiting and evolution on the following day with refusal of solid food and prostration. Within 24 hours, vesicobullous lesions appeared on the hard and soft palate, oropharynx, tongue and perioral region. In addition, the feet and hands presented asymptomatic punctate reddish spots that evolved into blisters on the feet. Generalized rash on the hip and buttocks occurred two days later. The patient did not eat for 5 days, only ingesting liquid (milk, juice and water). Evaluation with the pediatrician was performed and the clinical diagnosis was confirmed hand-to-mouth syndrome. Treatment consisted of hydration, antipyretics if necessary and ibuprofen (100mg/ml) drops/kg every 8 hours for symptomatic relief. The patient was followed up and after 7 days there was complete regression of the systemic and oral symptoms. Purple spots and toenail defects remained for a month. Viral diseases in children are very frequent and share common systemic characteristics, however, some signs such as the location of the lesions guide the final clinical diagnosis. In conclusion, it is interesting for the dentist to know oral manifestations that help in the differential diagnosis of childhood viruses.

Keywords: Coxsackie. illness. injuries. hand-foot-mouth. child.

INTRODUÇÃO

A síndrome mão-pé-boca se trata de uma infecção muito contagiosa causada pelo vírus Coxsackie A16 (CV-A16) e Enterovírus humano 71 (EV71), cujas manifestações sintomáticas se dão caracteristicamente por lesões nas mãos, pés e cavidade bucal. (CRISTOVAM *et al.*, 2014). As crianças em fase pré-escolar são as mais acometidas, entretanto, adultos também podem ser contaminados. (NAKAO *et al.*, 2020).

A transmissão pode ocorrer de 2 maneiras, de forma direta pelo contato com a saliva, fezes ou o líquido presente nas vesículas; ou de forma indireta pelo contato com a água, alimentos ou objetos contaminados. O período de incubação é aproximadamente de 5 a 7 dias e a duração de 7 a 10 dias. (DI PRINZIO *et al.*, 2022).

A doença recebeu este nome, pois as lesões ora vesiculares ora ulceradas, se manifestam mais comumente nas regiões das mãos, pés e boca. Além do sinal das lesões, o comprometimento sistêmico é caracterizado por febre, dor de garganta, mal-estar, fadiga, falta de apetite, irritabilidade, como qualquer sintoma gripal. (NAKAO *et al.*, 2020).

As lesões bucais geralmente precedem o surgimento das erupções cutâneas e variam de número de 1 até 30. Essas lesões se dão por meio de vesículas que acometem mais a região de mucosa jugal, lábio, língua, porém qualquer região da mucosa bucal pode ser acometida. (NAKAO *et al.*, 2020).

As vesículas se ulceram de maneira muito rápida, causando um grande desconforto, mas geralmente regridem após 7 dias. O desconforto bucal é intenso e, muitas vezes, a criança para de se alimentar e hidratar, sendo necessária à sua internação. Febre, vômitos e diarreia podem surgir antes mesmo do surgimento dos sinais. (NAKAO *et al.*, 2020).

O diagnóstico diferencial se faz com outras doenças viróticas como Herpes simples, Herpangina, Sarampo e Varicela (NEVILLE *et al.*, 2009). Portanto, aspectos peculiares de cada virose devem ser considerados no processo de diferenciação para o estabelecimento do diagnóstico final.

Considerando que a doença mão-pé-boca é uma virose, seu tratamento é sintomático, através de antitérmicos em situações de febre, analgésicos para o desconforto da dor, hidratação e repouso na tentativa de encurtar o processo infeccioso. (NAKAO *et al.*, 2020).

Diante da manifestação característica desta doença ser em boca, o objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico ilustrativo e discutir aspectos de diagnóstico diferencial e conduta, contribuindo com o conhecimento do dentista generalista.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi relatar um caso clínico ilustrativo de doença mão-pé-boca e discutir aspectos de diagnóstico diferencial de outras doenças viróticas e conduta, contribuindo para o conhecimento do dentista generalista.

METODOLOGIA

A metodologia deste trabalho foi relatar um caso clínico de interesse no contexto de patologia bucal através da documentação em prontuário e fotos clínicas de um paciente. O presente trabalho trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter estudo de caso, autorizado para a divulgação com finalidade científica.

RELATO DE CASO

Paciente do sexo masculino, 2 anos de idade, apresentou episódio único de 38,5° de febre e vômito e evolução no dia seguinte com recusa de alimentação sólida e prostração.

No período de 24h surgiram lesões periorais ora papulares ora vesiculares avermelhadas (Figura 1). Ao exame físico da cavidade bucal, foram constatadas lesões vesico-bolhosas ora já ulceradas, tanto no palato duro e mole, quanto na orofaringe e na língua. A figura 2 revela com pouco detalhe as lesões bucais, tendo em vista a dificuldade de fotografar a criança. Diante do desconforto das lesões bucais, o paciente ficou 5 dias sem se alimentar, apenas ingerindo líquidos, água, suco e leite em volumes bem reduzidos.

Figura 1 - Lesões vesiculares e manchas avermelhadas ao redor do lábio e se estendendo para a região do mento.



Fonte: Autores

Figura 2 - Imagem ilustrativa, com pouco detalhe das lesões vesiculares e ulceradas no palato duro, mole e língua.



Fonte: Autores

Além disso, os pés apresentaram manchas avermelhadas puntiformes assintomáticas que evoluíram para bolhas horas depois (Figuras 3-5). Nas mãos, as manchas avermelhadas puntiformes se apresentaram de forma muito sutil e não progrediram. Exantema generalizado no quadril e nádegas se deu dois dias depois. Logo após 7 dias, houve regressão total do quadro sistêmico e das lesões bucais.

Figura 3 - Imagem ilustrativa das lesões iniciais no pé.



Fonte: Autores.

Figura 4 - Imagem ilustrativa das lesões em fase bolhosa no pé.



Fonte: Autores

Figura 5 - Detalhe de uma bolha no dedo do pé.



Fonte: Autores

Diante do quadro sistêmico e bucal, a mãe levou ao pediatra e o diagnóstico clínico foi confirmado. O tratamento consistiu em hidratação, antitérmico caso fosse necessário e o ibuprofeno (100mg/ml) gotas/kg a cada 8 horas para alívio sintomático.

O quadro sistêmico evoluiu bem nos próximos dias, retornando ao estado físico geral normal. Entretanto, algumas manchas permaneceram por duas semanas (Figura 6) e defeitos nas unhas dos pés permanecendo por cerca de 1 mês, e culminando na perda das unhas do dedo maior. A mãe relatou que depois dessa doença o bebê ficou com desinteresse pela comida por mais de um mês, sendo bastante desafiadora a estratégia de reestabelecer a rotina alimentar como era antes.

Figura 6 - Imagem ilustrativa das manchas que permaneceram na fase de cicatrização.



Fonte: Autores

DISCUSSÃO

A Doença da Mão, Pé e Boca (DMPB) é uma doença viral causada pelo vírus Coxsackie A16 (CV-A16) ou Enterovírus humano 71 (EV71), altamente contagiosa, que acomete principalmente a faixa etária de 5 anos de idade justamente devido a sua forma de transmissão. (CRISTOVAM *et al.*, 2014). A contaminação pode ocorrer de maneira direta pelo contato com a saliva e fezes ou indireta, por meio de alimentos ou objetos contaminados. A faixa etária acometida frequenta creches e escolas as quais se tornam um fácil meio de contágio, por esse motivo é recomendado que a criança seja afastada de suas atividades. (DI PRINZIO *et al.*, 2022).

Essa doença se torna muito interessante para a odontologia pelo fato de muitas vezes, as lesões surgirem inicialmente na boca, o que torna o cirurgião dentista um dos responsáveis por esse diagnóstico.

Por ser uma virose, compartilha sintomas e sinais bem característicos com outras, como: a herpes simples, varicela, sarampo e herpangina. Entretanto, são algumas manifestações bucais e as suas localidades, as responsáveis por distinguir cada uma delas. (NEVILLE *et al.*, 2009).

A infecção primária pelo Herpes Simples, a gengiva estomatite herpética aguda (GEHA), afeta a gengiva ceratinizada de uma forma generalizada por meio de vesículas. A varicela apresenta como lesões bucais, bolhas na mucosa jugal, língua, gengiva, palato

e a mucosa da faringe, afeta grande parte do corpo, começando pelo tronco e espalhando pela face e extremidades. As lesões do sarampo em boca se apresentam como as chamadas: manchas de Koplic localizadas principalmente na mucosa jugal. A Herpangina é caracterizada pelas úlceras no palato mole, úvulas e amígdalas caracteristicamente. No caso da DMPB ao menos duas dessas localidades são indispensáveis como critérios de diagnóstico. (NEVILLE *et al.*, 2009).

O diagnóstico final dessa doença é soberanamente clínico, por meio da observação dos sintomas que o paciente apresenta serem bem característicos de viroses (febre, mal-estar, vômitos e diarreia); além das características das lesões e as suas localidades serem particulares da DMPB. Apesar disso, existe a possibilidade de realizar teste sorológico (PCR) para diagnosticar, entretanto pelas condições da criança de irritabilidade, não é indicado realizar ainda mais intervenções.

O tratamento dessa doença é sintomático, através de antitérmico e analgésico para eliminar a febre e dor; por meio de uma dieta líquida, pastosa, fria, sem a ingestão alimentos ácidos, salgados ou picantes para tentar evitar o desconforto, além de prevenir a desidratação. É imprescindível que o paciente fique de repouso, além de ingerir bastante líquido para se manter hidratado.

Caso o paciente esteja relatando muita dor, podemos lançar mão do Spray Hexomedine que tem propriedades analgésicas, auxiliando assim na redução da dor causada pelas lesões em boca.

O pediatra geralmente é o profissional que assiste o paciente, pois são crianças e as mães procuram o mesmo. Uma outra abordagem terapêutica muito comum pelos pediatras é a administração de antibiótico para prevenir infecções secundárias.

Como prevenção da DMPB, é de extrema importância que as medidas de higiene bucal como a lavagem frequente das mãos sejam redobradas, além de que a criança não deve voltar para as atividades escolares até cessar a febre e/ou o desaparecimento das lesões. O agravo dessa doença ocorre em raríssimos casos, pela desidratação/hipoglicemia, onde a recusa alimentar intensa leva essa situação, principalmente em crianças. (ESPOSITO; PRINCIPI, 2018; CORONEL *et al.*, 2019; BVS, 2019).

Em relação a cobertura vacinal para o tratamento da DMPB, alguns pesquisadores afirmaram que ainda não existem vacinas para a doença, em contrapartida Jiang e colaboradores (2021) afirmam que a vacina existe, entretanto, apenas três vacinas enterovírus 71 (EV71) monovalentes inativadas da Vigoo, Sinovac e Instituto Kunming foram licenciadas na China e mostraram alta eficácia contra DMPB associada ao EV71, mas nenhuma proteção cruzada contra DMPB causada por vírus coxsackie A16 (CV-A16) ou outros sorotipos em crianças. (JIANG, I. *et al.*, 2021)

No Brasil, contudo, ainda não existe vacina para a DMPB, o que torna as medidas de prevenção ainda mais importantes.

Xiang e colaboradores (2014) fizeram uma pesquisa epidemiológica na China de 2008-2012, baseando-se em 7,2 milhões de casos de DMPB relatados ao sistema nacional de vigilância. E descreveram que a incidência da DMPB variou muito com a idade, onde a

maioria dos casos ocorreu em crianças com menos de cinco anos de idade, e a incidência foi muito baixa em bebês menores de 6 meses, crianças mais velhas e adultos. A incidência foi 1,6 vezes maior em meninos menores de 5 anos do que em meninas da mesma idade. Em relação aos dados sazonais, os autores relataram que a DMPB teve um pico maior na primavera e início do verão, seguido por um pico menor no outono. (XING, W. *et al.*, 2014)

No Brasil, temos surtos endêmicos municipais que atingem escolas infantis e berçários principalmente. A orientação é de que a criança com sinais e sintomas permaneça em casa. A vigilância sanitária tem sido bastante rigorosa nas escolas, exigindo até mesmo a desinfecção de brinquedos e parques nos momentos de surto deste tipo de virose.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante deste estudo de caso, pode ser concluído que as doenças virais comumente afetam a cavidade bucal, sendo interessante o cirurgião-dentista conhecer as manifestações bucais de cada virose, as quais auxiliam no diagnóstico diferencial e conduta mais adequada.

REFERÊNCIAS

- CRISTOVAM, M. A. S. *et al.*, Síndrome mão-pé-boca: relato de caso. Revista do Médico Residente, Curitiba, v.16, n.1, p. 42-45, jan. /mar. 2014. Disponível em: <http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/530>. Acesso em: 19 de agosto de 2022.
- DI PRINZIO, A. *et al.*, Hand, foot, and mouth disease in adults caused by Coxsackievirus B1-B6. Anais Brasileiros de Dermatologia, v. 97, n. 3, p. 321–325, maio 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abd/a/R69LgcdDyYNnz6KN7BjfwvL/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 19 de agosto de 2022.
- ESPOSITO, Susanna; PRINCIPI, Nicola. Hand, foot and mouth disease: current knowledge on clinical manifestations, epidemiology, aetiology and prevention. European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases, v.37, p.391–398, 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10096-018-3206-x.pdf>. Acesso em: 25 de outubro de 2022
- FATAHZADEH, M.; SCHWARTZ, R. A. Human herpes simplex virus infections: epidemiology, pathogenesis, symptomatology, diagnosis, and management. Journal of the American Academy of Dermatology, v. 57, n. 5, p. 737–63; quiz 764–6, 2007. Disponível em: <https://www.cyberderm.net/secure-uploads/attachments/ckobm0vpl004ar42b4paf73d7-2-1-3-herpes-simplex-fatahzadeh-2007-review.pdf>. Acesso em: 22 de agosto de 2022.
- FRAIHA, P. M.; BITTENCOURT, P. G.; CELESTINO, L. R. Estomatite aftosa recorrente: revisão bibliográfica. Revista brasileira de otorrinolaringologia, v. 68, n. 4, p. 571–578, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rboto/a/pWftXXtHvLzCLkyxXMSykvN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 de agosto de 2022.
- JIANG, I. *et al.*, “Epidemiological characteristics of hand, foot, and mouth disease in Yunnan Province, China, 2008-2019.” BMC infectious diseases, vol. 21,1 751. 4 Aug. 2021, doi:10.1186/

s12879-021-06462-4. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8336324/>. Acesso em: 25 de outubro de 2022.

NAKAO, P. H. *et al.*, Doença mão-pé-boca no atendimento odontopediátrico. Archives of Health Investigation, v. 8, n. 12, 2020. Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/4794>. Acesso em: 22 de agosto de 2022.

NEVILLE, B.W. *et al.* Patologia Oral e Maxilofacial. Trad. 3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, 972p.

REIGADA, C. L. L.; MARTINS, L. T.; LAVINAS, I.P.M. Atenção primária a saúde, diagnóstico precoce das doenças dermatológicas e seu impacto social. Saber Digital, Saber Digital, v. 11, n. 2, p. 71-84, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/Sony/Downloads/Gerente+da+revista,+7%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Sony/Downloads/Gerente+da+revista,+7%20(1).pdf). Acesso em: 05 de setembro de 2022

XING, W. *et al.*, Hand, foot, and mouth disease in China, 2008-12: an epidemiological study. The Lancet. Infectious diseases, v. 14, n. 4, p. 308–318, 2014. Disponivem em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4035015/>. Acesso em: 25 de outubro de 2022.