

# Doença Mão, Pé e Boca: Uma Visão Geral

Clifford Chen

A doença mão, pé e boca (DMPB) é comum na infância, de etiologia viral que pode, ocasionalmente, acometer adultos. É altamente contagiosa, com incubação de 4 – 6 dias. Pode ser facilmente diferenciada de outras doenças virais, pela distribuição típica do exantema nas mãos e pés e pelo enantema oral <sup>1</sup>.

A DMPB é causada por um vírus da família dos enterovírus, não poliovírus. Estes vírus podem ter uma grande variedade de apresentações outras que não a da doença mão, pé e boca (**Figura 1 A, B e C**). Outras condições que foram atribuídas a estes vírus são a meningite, a herpangina, a gastroenterite aguda, e



**Figura 1 A, B e C.** Doença mão, pé e boca

o exantema não específico, outro que não o da DMPB. O vírus coxsackie sorotipo A16, A10 e o enterovírus sorotipo 71 são os vírus mais comuns da família de enterovírus não-poliovírus que causam a DMPB <sup>2</sup>. Mais recentemente foi dada muita atenção ao enterovirus EV71. Enquanto a maioria dos pacientes acometidos por este sorotipo desenvolvem uma doença leve e com curso típico, existe um índice aumentado de sequelas graves que envolvem o sistema nervoso central ou edema pulmonar <sup>3</sup>. A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata que países da região do Pacífico Oriental (*Western Pacific Region*) estão vivenciando uma disseminação epidêmica do EV71 <sup>4</sup>. A infecção desenvolve-se, de maneira típica, nos climas mais quentes. Existem regiões com sazonalidade preferencial para desenvolver a DMPB durante o verão e outono, enquanto que, em áreas tropicais, as infecções podem ocorrer durante o ano inteiro.

Os sintomas da DMPB têm muitos aspectos semelhantes com outras enfermidades virais. Pacientes com DMPB têm, com frequência, febre baixa, dor de garganta, e astenia. Em crianças maiores podem ocorrer a irritabilidade e a perda de apetite. A DMPB é ímpar, pela localização do exantema que acomete mão, pé e boca. O exantema da DMPB por si só pode ser descrito por apresentar múltiplas morfologias: vesicular, macular ou máculo/papular<sup>5</sup>. No exantema caracterizado por vesículas, estas são em forma de

losango - achatadas, em região palmo-plantares, com halo eritematoso. Lesões em áreas de fraldas são comuns. Pré-escolares e escolares são os mais acometidos, mas pode ocorrer em adolescentes e adultos. A distribuição do “*rash*” eritematoso recobre, classicamente, as palmas das mãos e/ou planta dos pés. Em alguns casos o exantema acomete as nádegas, joelhos e cotovelos. O exantema é não pruriginoso e pode ou não ser dolorido. Também os pacientes podem desenvolver enantema oral, com bolhas eritematosas muito doloridas, mais comumente na língua e na mucosa bucal. Pacientes acometidos por DMPB podem desenvolver o exantema característico e não o enantema oral ou vice versa. De maneira típica, a febre, a dor de garganta e o mal estar são os primeiros sintomas da infecção, seguidos pelo envolvimento da mucosa oral em 1 a 2 dias, após o auge da febre. O exantema sobre as mãos e pés pode aparecer dentro de um a dois dias após a febre alta. A duração total da doença varia entre sete a dez dias.

Mais recentemente, têm ido relatadas infecções mais atípicas relacionadas com a DMPB. O vírus coxsackie A6 tem sido relacionado à apresentação atípica da DMPB. O exantema varia na aparência e pode ser mais extenso, levando a lesões vesículo/bolhosas, bolhas, erosões, ulcerações e formação de escaras<sup>6</sup>. Uma a tres semanas após a infecção, o paciente poderá experimentar descamação palmar e plantar. Outro aspecto que pode ocorrer é a onicomadese, distrofia das unhas, ao redor de um a dois meses após a infecção. Na região do Pacífico Oriental, onde atualmente estão enfrentando níveis epidêmicos altos da DMPB causada pelo enterovírus EV71, têm sido reportados níveis altos de doença grave e de complicações. Os pacientes estão desenvolvendo complicações do sistema nervoso central como encefalite, paralisia flácida aguda e meningite asséptica<sup>7</sup>. Alguns pacientes podem desenvolver, posteriormente, desregulação do sistema nervoso autônomo e eventual falha cardiopulmonar<sup>8</sup>.

O diagnóstico da doença é feito de forma clínica. A história característica, o exame físico do paciente com febre, dor de garganta, lesões da pele em regiões típicas e astenia irão prover informação suficiente para ser feito o diagnóstico. A confirmação laboratorial não é necessária. Caso a apresentação for atípica ou se comportar como outra doença, poderá ser útil fazer o teste para confirmação diagnóstica. Os testes para o diagnóstico rápido estão disponíveis, se necessário, por PCR ou imunofluorescência indireta.

Como diagnóstico diferencial dos exantemas virais clássicos temos o do sarampo, da rubéola, e da escarlatina que são bem conhecidos. Outros tipos de exantemas virais que também podem ocorrer na população pediátrica, são o eritema infeccioso causado pelo Parvovírus Humano B19 (HPV B19), o exantema súbito causado pelo herpes vírus humano HHV-6 (A e B) e HHV-7, e o exantema pelo Epstein-Barr vírus (EBV), da família herpesviridae.

O eritema infeccioso causado pelo Parvovírus humano acomete pacientes de qualquer idade, porém é mais comum em pré-escolares. O quadro começa com mal-estar e febre, sendo seguido por lesões eritematosas nas regiões zigomáticas, poupando a região centrofacial (“face esbofetada”). É característico o exantema reticulado, nas extremidades e no tronco. Pode haver prurido, artralgia e recidiva do exantema, após exercícios físicos e banhos quentes<sup>9</sup>.

No exantema pelo Epstein-Barr Vírus (EBV), este vírus costuma ser inoculado na orofaringe e, a partir daí, atinge os linfócitos B. A infecção primária pode ocorrer na infância, sendo em geral 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<sup>10</sup>.

Uma vez que a DMPB é de causa viral é, portanto, uma doença auto-limitada. A infecção, de modo típico, dura entre 7 a 10 dias. A abordagem é, em geral, centrado ao redor de cuidados de suporte e controle da dor.

Os pacientes com esta doença experientam, muitas vezes, desconforto oral para ingestão de líquidos ou sólidos. Em decorrência disto, a desidratação é a preocupação primária, com risco aumentado para bebês e crianças maiores. A avaliação do estado atual da hidratação do paciente e da gravidade da doença pode determinar a probabilidade de desidratação. Uma solução de rehidratação oral deverá ser a primeira linha no programa para rehidratação. Se o paciente não tolerar ou recusar aceitar líquidos por boca, a hidratação intravenosa deverá ser iniciada, podendo ser necessária a hospitalização.

A abordagem da dor é outro aspecto importante no tratamento da DMPB. As lesões orais podem ser muito doloridas. A maioria dos pacientes pode ser abordada com acetaminofeno e ibuprofeno quando necessário. Ocasionalmente, analgésicos mais fortes podem ser necessários. Caso o paciente não tolere as medicações por via oral, deverá ser considerada a via intravenosa.

A razão mais importante para o paciente com DMPB ser hospitalizado é a desidratação associada com lesões muito dolorosas na boca. Medicações tópicas para mucosite oral podem ser consideradas, mas as evidências para o uso de medicação tópica são inadequadas e principalmente anedóticas. Um estudo grande que avaliou a lidocaína tópica para o tratamento da mucosite não mostrou benefício, quando comparado com o grupo controle<sup>11</sup>. Aconselhar a família para tentar administrar líquidos ou sólidos gelados poderá ajudar a aliviar a dor na boca. Evitar salgados, ácidos ou condimentos é importante.

Nas regiões com o enterovírus EV71 como etiologia da DMPB, o paciente com doença grave com manifestação neurológica ou cardiopulmonar, com frequência recebe imunoglobulina intravenosa (IGIV). Dados anedóticos indicam que se a IGIV for dada precocemente estaria assegurada uma melhora rápida<sup>12</sup>.

A prevenção é outro aspecto que precisa ser enfatizado. O enterovírus é altamente contagioso e a doença por ele causada é transmitida pela fecal-oral. As pessoas infectadas são portadoras do mesmo nas superfícies mucosas e secreções. De maneira mais comum, as secreções nasais, a saliva, as fezes, os perdigotos respiratórias e o fluido contido nas bolhas podem disseminar o vírus. Se o paciente estiver hospitalizado, precauções de contato, contra as formas de propagação aqui comentadas, deverão ser estimuladas para controlar a disseminação do vírus. Hábitos de higiene adequados deverão ser usados para impedir a propagação viral em casa como lavagem eficiente das mãos, desinfetar as áreas de uso comum, e não compartilhar objetos colocados em áreas de mucosas. Retirar o paciente com

a DMPB da escola, do trabalho e das creches é salutar. As pessoas infectadas ainda são consideradas passíveis de serem contaminantes até que a febre desapareça por completo, e as lesões bucais estejam cicatrizadas, estando o paciente apto a voltar às suas atividades diárias normais.

A doença mão, pé e boca é uma comum na população pediátrica, e é causada por vários membros da família dos enterovírus não-poliomielite. A apresentação típica da doença com o exantema clássico nas palmas das mãos e planta dos pés, com ulceração da mucosa oral e da língua irá confirmar o diagnóstico. No geral, a doença é auto-limitante e requer medidas de suporte, controle da dor e medidas preventivas. Existem sorotipos desta infecção na região do Pacífico Oriental que foram identificados, podendo levar a uma doença mais grave e ameaçadora à vida.

### Referências bibliográficas

1. Robinson, C. R., Doane, F. W., & Rhodes, A. J. (1958). Report of an outbreak of febrile illness with pharyngeal lesions and exanthem: Toronto, summer 1957—isolation of group A coxsackie virus. *Canadian Medical Association Journal*, 79(8), 615.
2. Khetsuriani, N., LaMonte-Fowlkes, A., Oberst, S., Pallansch, M. A., & Centers for Disease Control and Prevention. (2006). Enterovirus surveillance—United States, 1970–2005. *MMWR Surveill Summ*, 55(8), 1-20..
3. Ooi, M. H., Wong, S. C., Lewthwaite, P., Cardosa, M. J., & Solomon, T. (2010). Clinical features, diagnosis, and management of enterovirus 71. *The Lancet Neurology*, 9(11), 1097-1105.
4. World Health Organization. (2011). A guide to clinical management and public health response for hand, foot and mouth disease (HFMD).
5. Miller, G. D., & Tindall, J. P. (1968). Hand-foot-and-mouth disease. *JAMA*, 203(10), 827-830..
6. Mathes, E. F., Oza, V., Frieden, I. J., Cordero, K. M., Yagi, S., Howard, R., ... & Bayliss, S. (2013). “Eczema coxsackium” and unusual cutaneous findings in an enterovirus outbreak. *Pediatrics*, 132(1), e149-e157.
7. Ooi, M. H., Wong, S. C., Mohan, A., Podin, Y., Perera, D., Clear, D., Solomon, T. (2009). Identification and validation of clinical predictors for the risk of neurological involvement in children with hand, foot, and mouth disease in Sarawak. *BMC infectious diseases*, 9(1), 1.
8. Fu, Y. C., Chi, C. S., Chiu, Y. T., Hsu, S. L., Hwang, B., Jan, S. L., ... & Chang, Y. (2004). Cardiac complications of enterovirus rhombencephalitis. *Archives of disease in childhood*, 89(4), 368-373.
9. Tucci, A., Zanell, G., Rodriguez, D. C., et al. (2014). Petechial rash associated with Parvovirus B19 in children: case report and literature review. *Infect Med*. 22:250-4.
10. Hall, D., Eninger, L., A., Hesteman, K., S., Heyman, W., R. (2015). Epstein-Barr virus dermatologic associations and implications: part 1. *J Am Acad Dermatol*. 72:1-19.
11. Hopper, S. M., McCarthy, M., Tancharoen, C., Lee, K. J., Davidson, A., & Babl, F. E. (2014). Topical lidocaine to improve oral intake in children with painful infectious mouth ulcers: a blinded, randomized, placebo-controlled trial. *Annals of emergency medicine*, 63(3), 292-299.
12. Chang, L. Y., Hsia, S. H., Wu, C. T., Huang, Y. C., Lin, K. L., Fang, T. Y., & Lin, T. Y. (2004). Outcome of enterovirus 71 infections with or without stage-based management: 1998 to 2002. *The Pediatric infectious disease journal*, 23(4), 327-332.