

Síndromes Exantemáticas



Síndromes Exantemáticas

EXANTEMA OU RASH



ERUPÇÃO CUTÂNEA

DOENÇA EXANTEMÁTICA:

Desordens, de causa infecciosa (viral, bacteriana ou fúngica), medicamentosa ou reumatológica, caracterizadas pelo surgimento agudo de lesões cutâneas disseminadas pelo corpo.

Síndromes Exantemáticas



Síndromes Exantemáticas

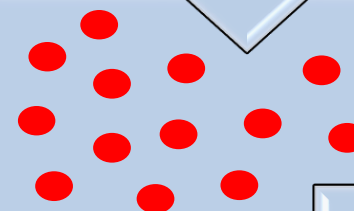
EVOLUÇÃO CLÍNICA

1. FASE DE INCUBAÇÃO

```
graph TD; A[1. FASE DE INCUBAÇÃO] --> B[2. FASE PRODRÔMICA]; B --> C[3. FASE EXANTEMÁTICA]; C --> D[4. FASE DE CONVALESCENÇA];
```

2. FASE PRODRÔMICA

3. FASE EXANTEMÁTICA



4. FASE DE CONVALESCENÇA

Síndromes Exantemáticas

Aspecto do exantema

Máculo-papular



Vesicular



Síndromes Exantemáticas

Aspecto do exantema

Papular



Purpúrico



Síndromes Exantemáticas

Perfil de acordo com...

Faixa etária

- **Lactente:** exantema súbito
- **Pré-escolares e escolares:** Doença de Kawasaki, eritema infeccioso
- **Adolescentes:** rubéola e síndrome da mononucleose



Sinais clínicos associados

- **Conjuntivite:** Sarampo, D. de Kawasaki
- **Faringoamigdalite exsudativa:** Sínd. da Mononucleose, Escarlatina
- **Hepatoesplenomegalia:** rubéola, síndrome da mononucleose e D. de Kawasaki

Sinais clínicos patognomônicos

- **Manchas de Koplik:** Sarampo
- **Manchas de Forcheimer e sinal de Theodor:** Rubéola
- **Sinal de Pastia e sinal de Filatov:** Escarlatina

Síndromes Exantemáticas

SARAMPO

1. ETIOLOGIA

VÍRUS DO SARAMPO: Família *Paramyxoviridae*, RNA vírus, gênero Morbilivírus

2. EPIDEMIOLOGIA

Vacina: 1963 → Imunidade >90% dos casos → Queda na incidência e morbimortalidade

Erradicado do Brasil: desde Dezembro de 2000 // Em 2006: 47 casos no interior da Bahia

3. TRANSMISSÃO

Gotículas de secreção respiratória → Sob a forma de aerossol → vírus viáveis por 1 hora

Porta de entrada do vírus: mucosa respiratória e conjuntival

Síndromes Exantemáticas

SARAMPO

4. INFECTIVIDADE

Inicia 3 dias antes da erupção cutânea até 4 dias após seu início

90% dos indivíduos que entram em contato → DOENÇA → **(alta infectividade)**

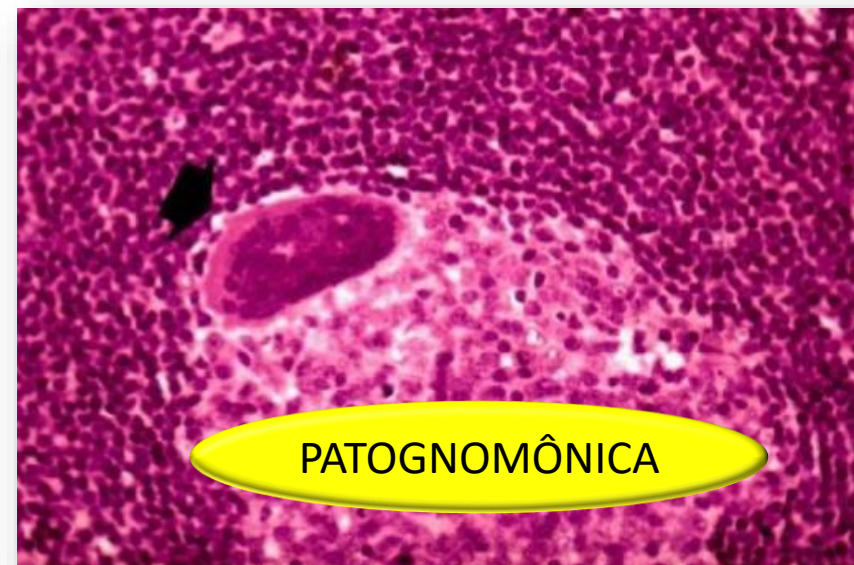
5. PATOLOGIA

Necrose do epitélio respiratório

Infiltrado linfocítico inflamatório

Vasculite de pequenos vasos

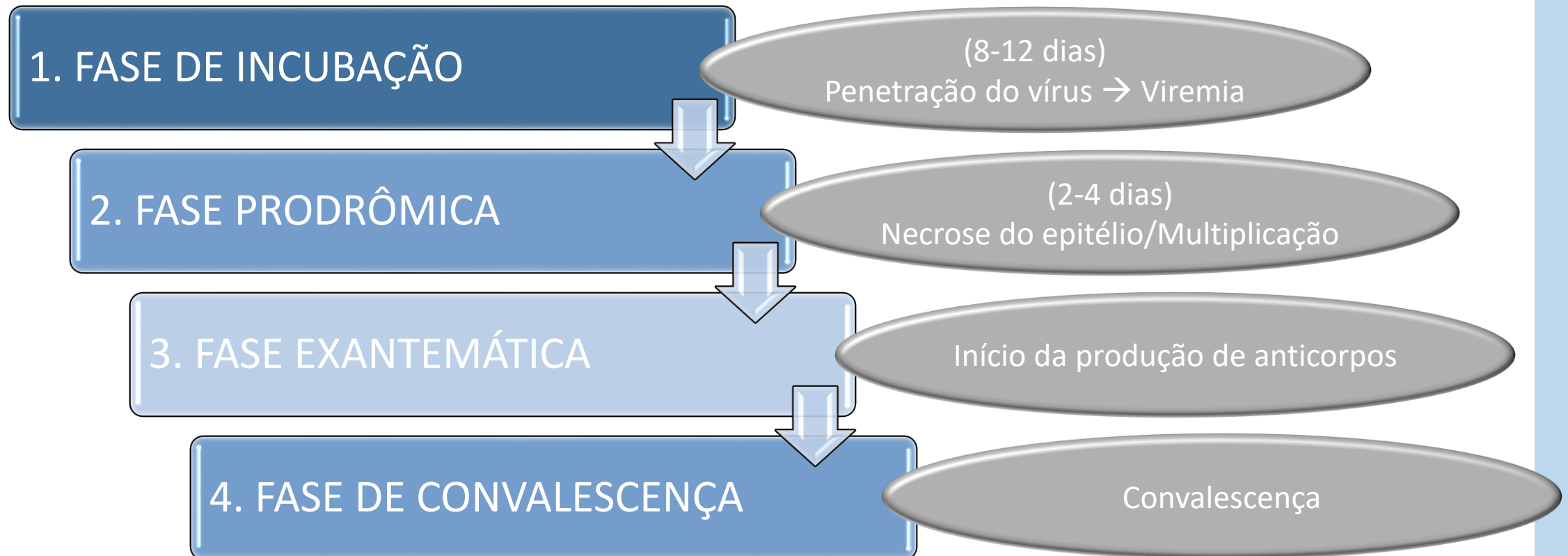
Células gigantes de **Warthin Finkeldey**



Síndromes Exantemáticas

SARAMPO

6. PATOGÊNESE



Síndromes Exantemáticas

SARAMPO

7. CLÍNICA

Doença grave; alta morbimortalidade

FASE DE PRÓDROMOS

Febre, Conjuntivite e fotofobia, tosse proeminente e enantema (**manchas de Koplik**)



FASE EXANTEMÁTICA

Lesões maculo-papulares eritematosas (início na face, disseminam-se pelo dorso, extremidades, solas e palmas) + **regressão dos sintomas**



Síndromes Exantemáticas

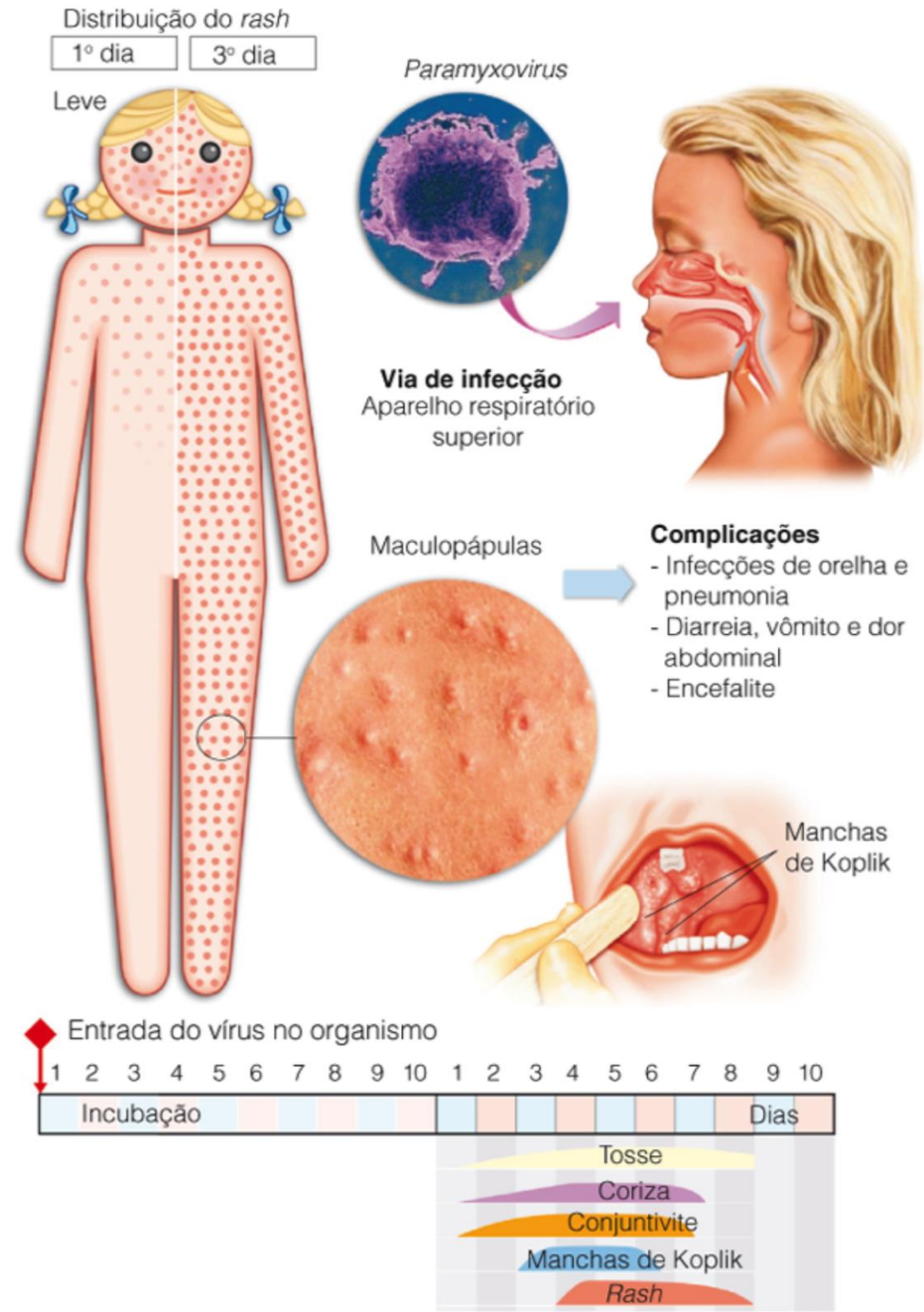
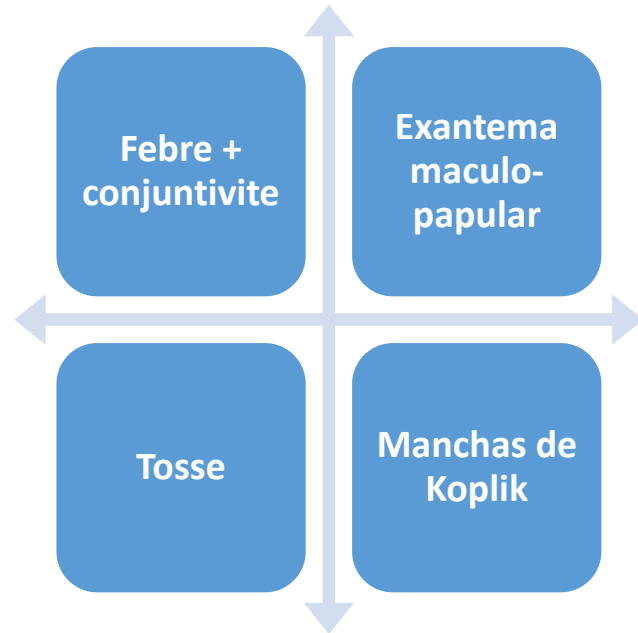
SARAMPO

7. CLÍNICA

FASE DE CONVALESCENÇA

Rash desaparece em 7 dias → descamação furfurácea da pele // Tosse: último sintoma a desaparecer

Resumindo...



Síndromes Exantemáticas

SARAMPO

8. COMPLICAÇÕES

A maior morbimortalidade está associada aos extremos de idade (<1 ano e >20 anos)

Respiratórias

- **PNEUMONIA**
- BRONQUIOLITE, TRAQUEITE
- **OMA**

SNC

- CONVULSÕES FEBRIS (<3%)
- ENCEFALITE (letalidade de 15%)

TGI

- DIARRÉIA E VÔMITOS
- APENDICITE

Panencefalite Esclerosante Subaguda

- **CRÔNICA**
- Ocorre quando a infecção acontece em crianças pequenas
- 7-10 anos após
- Prognóstico: óbito em 1-3 anos

Síndromes Exantemáticas

SARAMPO

9. DIAGNÓSTICO

Clínica é bastante sugestiva: **conjuntivite + tosse + exantema + manchas de Koplik + febre alta**

Laboratório → Hemograma, dosagem de IgM e IgG, isolamento e cultura viral

10. TRATAMENTO

SUPORTE: Hidratação, antipiréticos, O2 umidificado, suporte ventilatório (casos graves)

Vitamina A: Redução da morbimortalidade // Dose → < 1 ano: 100.000 UI / > 1 ano: 200.000 UI

- **Crianças de 6 meses a 2 anos com as complicações secundárias**
- **Crianças >6 meses com fatores de risco (imunodeficiência, deficiência de vitamina A, desnutridos, absorção intestinal prejudicada)**

SARAMPO

11. PROFILAXIA

Após exposição:

- Vacina até 72h após exposição
- Pessoas do mesmo domicílio, vizinhos próximos, creche, colega de trabalho, etc

Vacina: Tríplice Viral (SRC) → Via SC aos 12 meses (1ª dose) e entre 1a3m (2ª dose)



Síndromes Exantemáticas

RUBÉOLA

1. ETIOLOGIA

VÍRUS DA RUBÉOLA: Família *Togaviridae*, RNA vírus, gênero Rubivírus

2. EPIDEMIOLOGIA

Antes da vacina: pré escolares e escolares → Após a vacina: Maiores de 19 anos

3. TRANSMISSÃO

Através de gotículas de saliva ou secreção respiratória contendo partículas virais

Infectividade: 5 dias antes e 6 dias após o rash

Síndromes Exantemáticas

RUBÉOLA

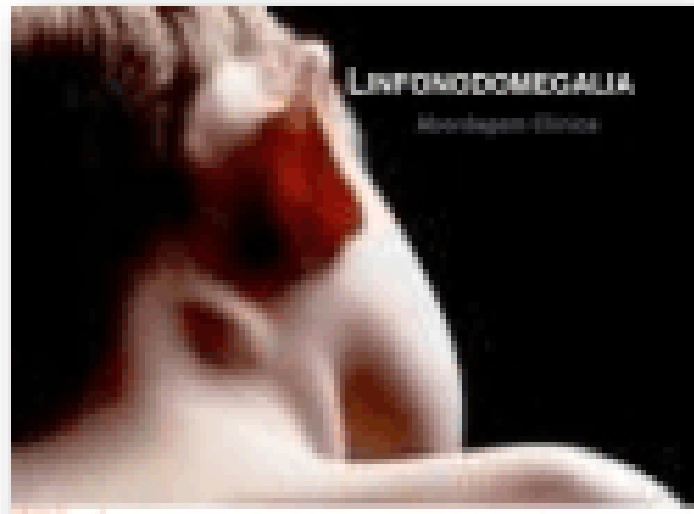
4. CLÍNICA

Doença **exantemática febril**, leve, breve (1-4 dias) e de bom prognóstico

25-40% dos casos: infecção subclínica, sem rash

FASE DE PRÓDROMOS

Febre baixa, odinofagia, conjuntivite, cefaleia, mal estar e linfonodomegalia (cervical posterior) → **sinal de Theodor**



Síndromes Exantemáticas

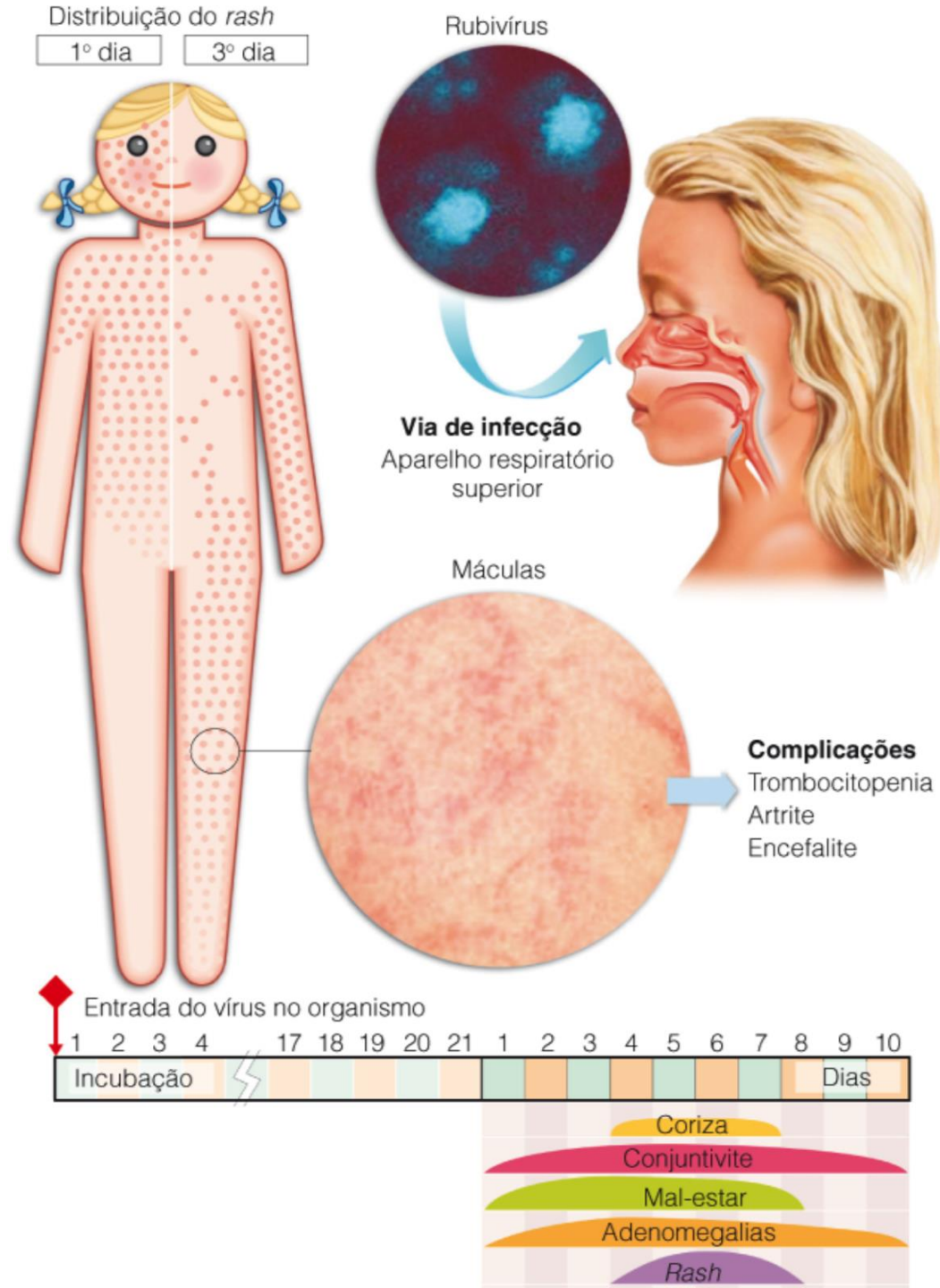
RUBÉOLA

4. CLÍNICA

FASE EXANTEMÁTICA

Rash maculo-papular róseo → crânio-caudal e centrífuga (Dura em média 3 dias e desaparece sem descamar)

Manchas de Forcheimer



Síndromes Exantemáticas

RUBÉOLA

5. COMPLICAÇÕES

São raras: Trombocitopenia, artrite, encefalite

6. DIAGNÓSTICO

Clínica / Hemograma: leucopenia com neutropenia / Sorologia (IgM)

7. TRATAMENTO

SUPORTE: Hidratação, analgésicos e antipiréticos → dipirona ou paracetamol

8. PROFILAXIA

Após exposição:

→ Grupos de alto risco de infecção / vacina tríplice viral (até 72h após exposição)

Síndromes Exantemáticas

ERITEMA INFECCIOSO

1. ETIOLOGIA

Parvovírus B19, DNA hélice única, da família *Parvoviridae*, gênero *Erythrovirus*

2. EPIDEMIOLOGIA

Disseminação global; doença frequente

Acomete escolares → 5 a 15 anos / 40-60% dos adultos já tiveram a infecção

3. TRANSMISSÃO

Ocorre por disseminação de gotículas da orofaringe / Infectividade: 15-30% nos susceptíveis

ERITEMA INFECCIOSO

4. PATOGÊNESE

Principal alvo do vírus: linhagem ERITROCITÁRIA → pronormoblastos → **ANEMIA**

Em indivíduos com anemia hemolítica crônica: Crise aplástica grave

A DOENÇA EVOLUI EM DUAS FASES:

1. Primeira fase (7-11 dias pós contato)

- Viremia → vírus na nasofaringe
- Cai contagem de reticulócitos e Hb
- Surgem Ac: regridem sintomas respiratórios

2. Segunda fase (17-18 dias pós contato)

- Aparecimento do rash e artralgia

Síndromes Exantemáticas

ERITEMA INFECCIOSO

5. CLÍNICA

Muitas infecções são assintomáticas.

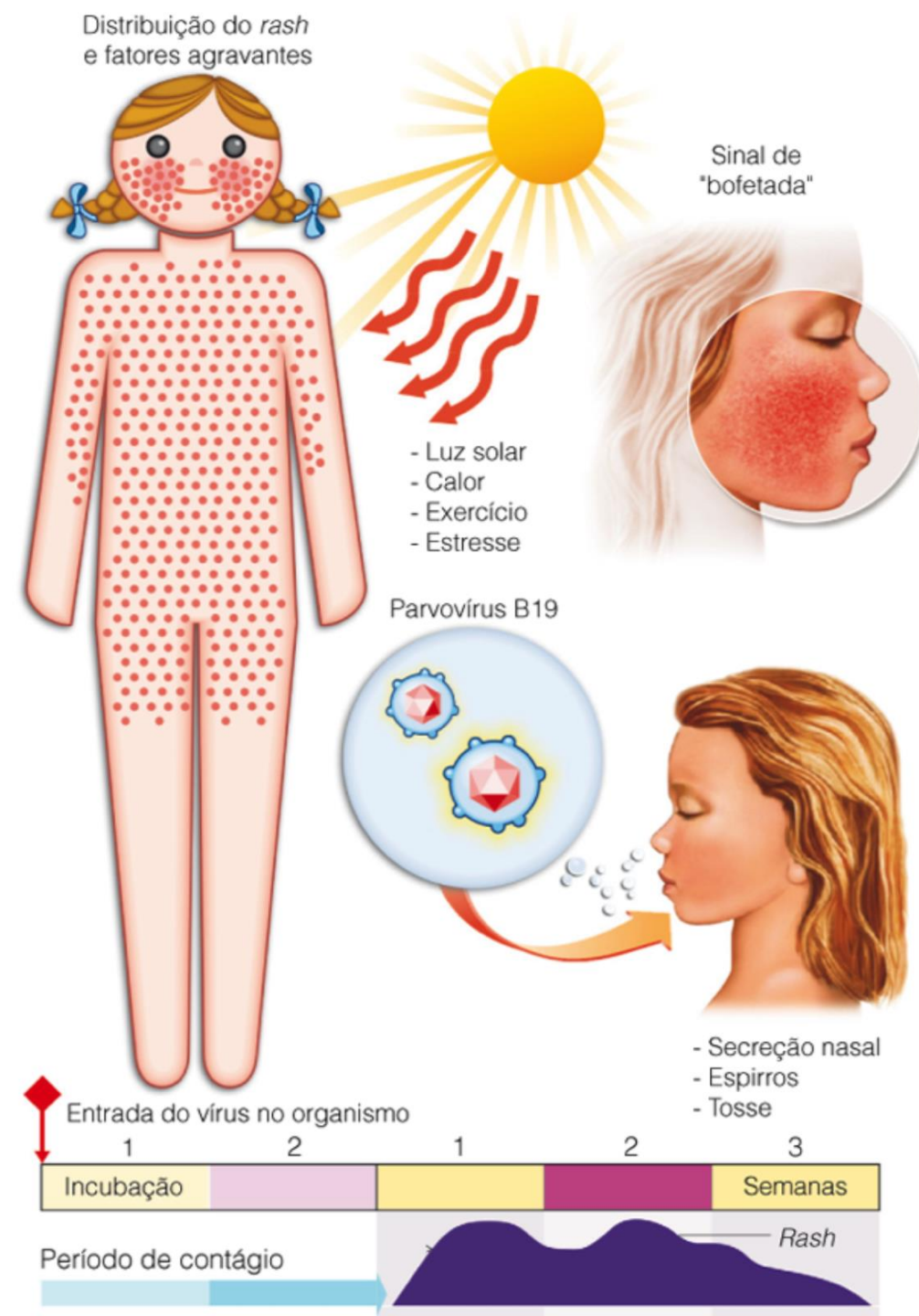
FASE DE PRÓDROMOS

Febre baixa, cefaleia, sintomas de IVAS, linfadenopatia

FASE EXANTEMÁTICA

Exantema evolui em 3 estágios:

- **Exantema em face:** “bochecha esbofetada”
- **Disseminação para tronco e extremidades (aspecto rendilhado)**
- **Recidiva em 1-3 semanas:** calor, exercício, sol, stress



Síndromes Exantemáticas

ERITEMA INFECCIOSO

6. DIAGNÓSTICO

Clínica / Hemograma: Pancitopenia / Sorologia IgM

7. TRATAMENTO

SUPORTE: Hidratação, analgésicos e antipiréticos. Sem Terapia antiviral.

Imunodeprimidos: Imunoglobulina Endovenosa

8. PROFILAXIA

Sem vacina ou imunoglobulina

Síndromes Exantemáticas

EXANTEMA SÚBITO

1. ETIOLOGIA

Vírus Herpes 6 (maioria) e 7. DNA vírus, da família *Herpesviridae*

2. EPIDEMIOLOGIA

Bebês de até 6 meses: proteção via Anticorpos maternos transplacentários

Pico de incidência: **6 meses a 18 meses** (aos 2 anos, 80% das crianças foram expostas ao vírus)

Apenas $\frac{1}{4}$ desenvolve o quadro típico → Demais: síndrome febril inespecífica

Doença **benigna, autolimitada** e que não deixa sequelas

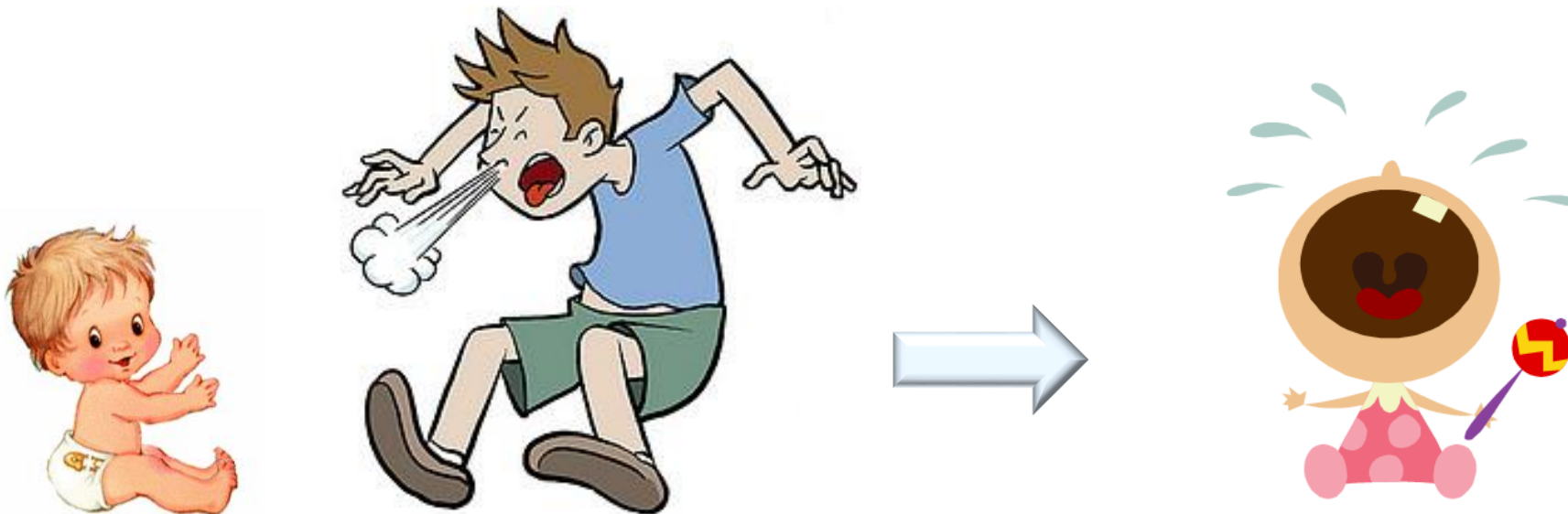
Síndromes Exantemáticas

EXANTEMA SÚBITO

3. TRANSMISSÃO

Principal fonte: **adultos saudáveis com vírus na forma latente**

Via partículas virais presentes na **saliva** do hospedeiro saudável → mucosa respiratória ou conjuntival do lactente



Síndromes Exantemáticas

EXANTEMA SÚBITO

4. CLÍNICA

Período de incubação: média 10 dias

FASE DE PRÓDROMOS

Rinorréia, inflamação faríngea e irritação conjuntival leve

FASE pré EXANTEMÁTICA

Febre alta (até 39-40°C), irritabilidade e anorexia.

5-10% das crianças: convulsão febril
Febre cessa em “crise” ou em “lise”

Úlceras de Nagayama



Síndromes Exantemáticas

EXANTEMA SÚBITO

4. CLÍNICA



FEBRE ALTA



LESÃO EM ORF

Uso de antibiótico?



“Controle” da febre

Surgimento do Rash

ALERGIA?

Rash é urticariforme e pruriginoso

Síndromes Exantemáticas

EXANTEMA SÚBITO

5. DIAGNÓSTICO

Clínica / Hemograma: Durante febre tendência à leucocitose (fase aguda)
Após exantema: **leucopenia com linfocitose (70-90%)**

Linfonomegalia não é comum no exantema súbito

6. TRATAMENTO

SUPORTE: Hidratação e antitérmicos → alívio dos sintomas e controle térmico

Imunoprometidos: Ganciclovir ou Cidofovir por 2-3 semanas

SÍNDROME MÃO-PÉ-BOCA

1. ETIOLOGIA

Vírus Cocksackie A e enterovírus, família *Picornaviridae*. RNA vírus.

2. TRANSMISSÃO

Fecal-oral ou respiratória

3. EPIDEMIOLOGIA

Circulam o ano todo em países tropicais. Mais comum em **lactentes e crianças pequenas**.

SÍNDROME MÃO-PÉ-BOCA

4. CLÍNICA

FEBRE BAIXA

VESÍCULAS EM TODA OROFARINGE

RASH MACULOPAPULAR, VESICULAR
OU PUSTULAR EM MÃOS, PÉS E
NÁDEGAS



SÍNDROME MÃO-PÉ-BOCA

4. CLÍNICA



5. DIAGNÓSTICO

Clínica – Sintomas + faixa etária

6. TRATAMENTO

SUORTE – Hidratação + antitérmicos

Síndromes Exantemáticas

VARICELA

1. ETIOLOGIA

Vírus Varicela-Zoster, DNA Vírus, família *Herpesviridae*

2. TRANSMISSÃO

Gotículas respiratórias em **aerossol** ou contato direto com **conteúdo das vesículas**

Infectividade: Dois dias antes do surgimento do rash até a última lesão em vesícula

3. EPIDEMIOLOGIA

Altamente contagiosa → **Infectividade 65-86%**

Síndromes Exantemáticas

VARICELA

4. PATOGÊNESE

Vírus replica no epitélio da mucosa respiratória e endotélio

Primeira viremia: sintomas gerais
Segunda viremia: exantema

Resposta imune celular → impede a disseminação para órgãos nobres

VZV fica em estado latente nas terminações nervosas dos gânglios dorsais

Síndromes Exantemáticas

VARICELA

5. CLÍNICA

Síndrome febril associada a um **exantema máculo-vésico-pústulo-crostoso (PLEOMÓRFICO)**

FASE DE PRÓDROMOS

Febre baixa a moderada por 1-2 dias,
cefaleia e adinamia

FASE EXANTEMÁTICA

Lesões 48h após fase prodrômica:
mácula → pápula → vesícula → pústula

Lesões em vários estágios: PLEOMÓRFICO

Distribuição centrípeta



Síndromes Exantemáticas

VARICELA

6. COMPLICAÇÕES

Infecções bacterianas

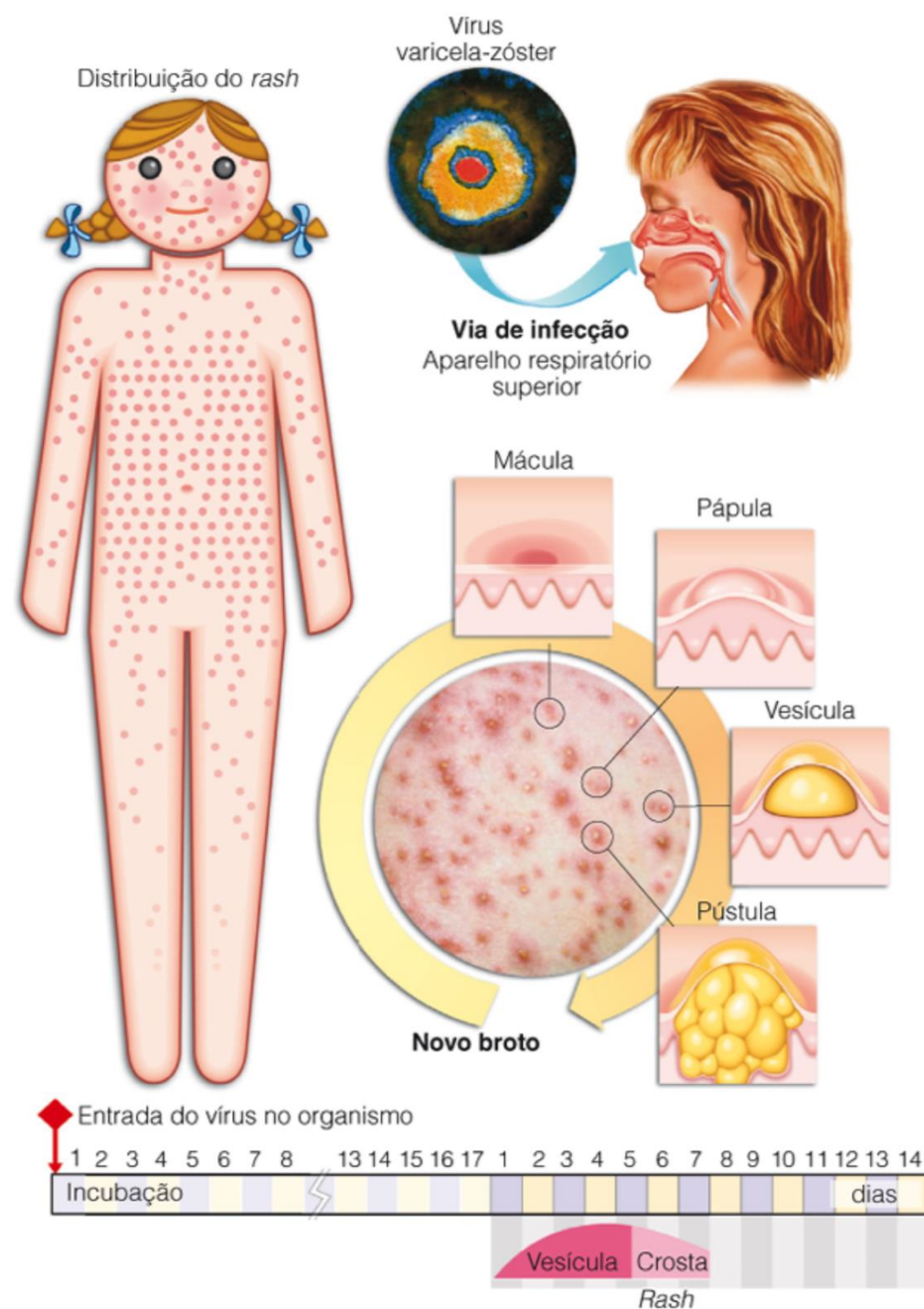
Trombocitopenia

Ataxia Cerebelar aguda

Meningite viral

Pneumonia (letalidade alta)

Síndrome de REYE



Síndromes Exantemáticas

VARICELA

7. DIAGNÓSTICO

Clínica / Sorologias pareadas (IgG) / Citodiagnóstico de Tzanck / Leucopenia com linfocitose / aumento das transaminases (75% dos casos)

8. TRATAMENTO

Suporte: Hidratação e analgésicos / Permanganato de Potássio / Anti-histamínicos

ACICLOVIR VO (AMBULATORIAL)

- Adolescentes > 13 anos, saudáveis
- Indivíduos com doença crônica pulmonar
- Dose: 20mg/kg/dia, 4 doses/dia, 5 dias

ACICLOVIR EV (HOSPITALAR)

- Indivíduos em dose imunossupressora
- Mulheres grávidas
- Sinais de infecção sistêmica
- Dose: 500mg/m²/dose 8/8h por 7 dias

INICIAR EM ATÉ 72H APÓS INÍCIO DO RASH

Síndromes Exantemáticas

VARICELA

9. PROFILAXIA

Após exposição:

- **Vacina de bloqueio:** 3-5 dias após exposição
- **Imunoglobulina específica antivaricela (VZIG):** 400mg/kg nas 96h após exposição → imunodeprimidos, gestantes, RN de mães com varicela, prematuros expostos

Vacina antivaricela: Vírus vivo atenuado / (dose única aos 12 meses) / 2 doses após 13 anos

Síndromes Exantemáticas

MONONUCLEOSE

1. ETIOLOGIA

Epstein Barr, DNA vírus, família *Herpesviridae*

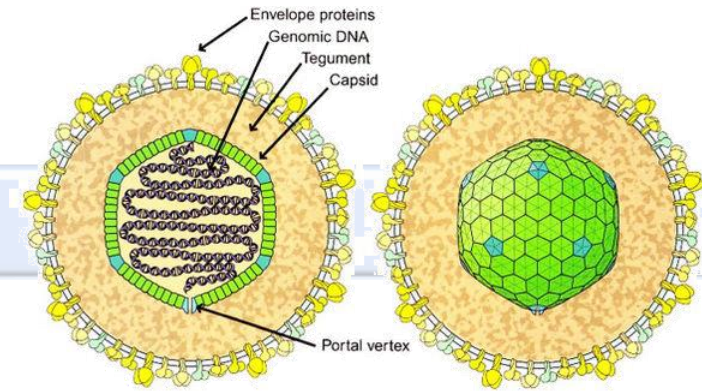
2. TRANSMISSÃO

Gotículas de saliva e intercuro sexual – “doença do beijo”

3. EPIDEMIOLOGIA

Mais de 95% da população mundial já teve contato com EBV

Crianças pequenas: assintomático ou inespecífico / adolescentes e adultos jovens: tríade clássica



MONONUCLEOSE

4. CLÍNICA

EBV tem potencial oncogênico: câncer de nasofaringe, linfoma de Burkitt

Síndrome linfoglandular / Período de incubação: 30-50 dias

SINTOMAS

Mal estar, adinamia, febre, odinofagia, dor abdominal, náuseas e mialgia

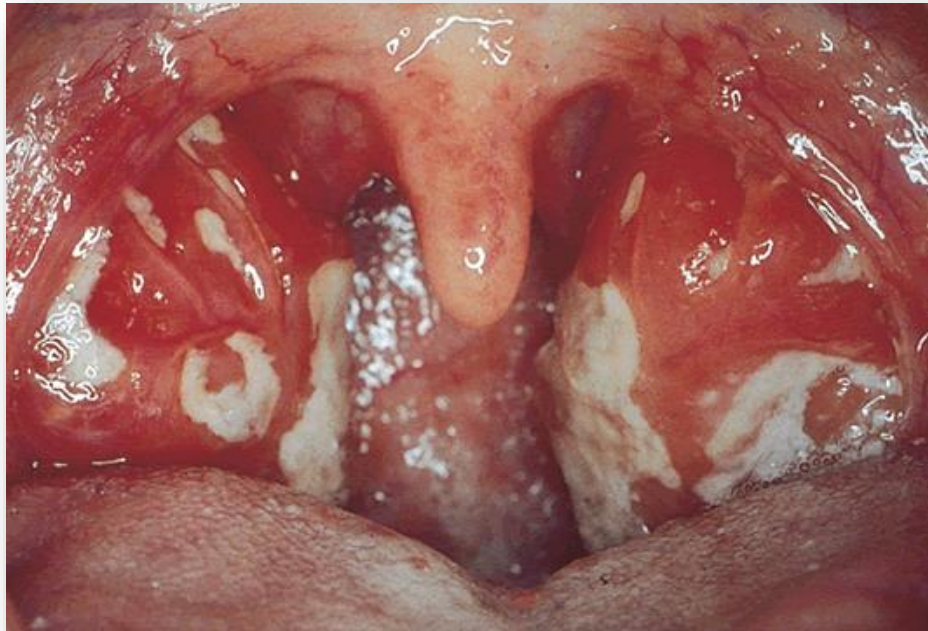


SINAIS

- AMÍGDALAS: Aumentadas de tamanho, hiperemiada, petéquias e exsudato
- LINFADENOMEGALIA (90%): Cervicais
- ESPLENOMEGALIA (50%)
- HEPATOMEGALIA (10%)
- EDEMA DE PÁLPEBRAS
- RASH (3-15%): Máculo-papular eritematoso / Rash associado a ampicilina/amoxicilina

MONONUCLEOSE

4. CLÍNICA



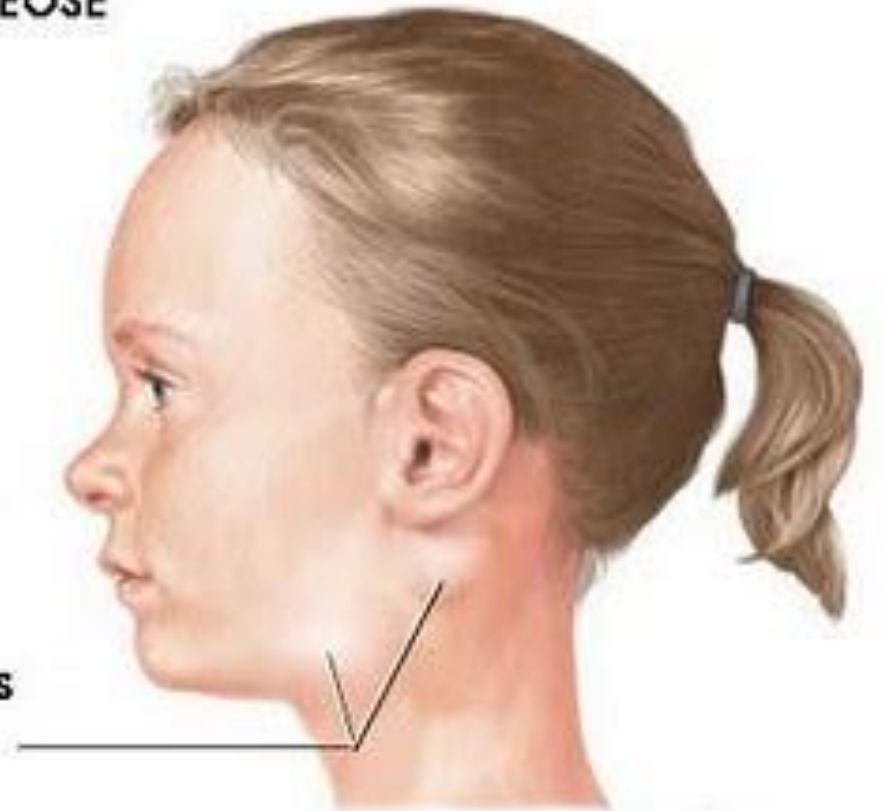
MONONUCLEOSE

Fadiga

Dor de garganta

Febre

Aumento dos linfonodos



Síndromes Exantemáticas

MONONUCLEOSE

6. COMPLICAÇÕES

Sintomas
neurológicos

Anemia
Hemolítica

Obstrução de
vias aéreas
superiores

Ruptura de
baço

7. DIAGNÓSTICO

Clínica / Sorologias

Hemograma: Leucocitose com 20-40% de atipias linfocitárias / Plaquetopenia leve

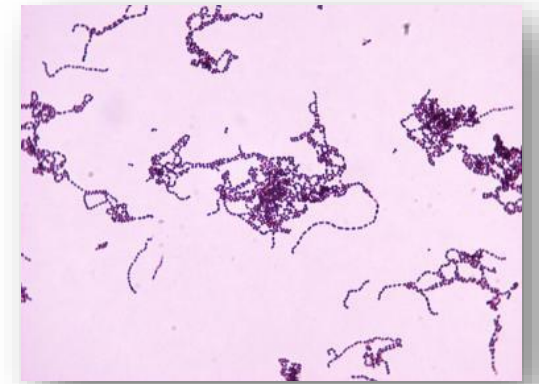
8. TRATAMENTO

SUPORTE: Hidratação, repouso e antitérmicos

Corticóide (Se complicação) - Prednisona

Síndromes Exantemáticas

ESCARLATINA



1. ETIOLOGIA

Streptococcus pyogenes ou Streptococo beta-hemolítico do grupo A de Lancefield (GAS)

2. TRANSMISSÃO

Gotículas de secreção respiratória / Altamente contagiosa

3. EPIDEMIOLOGIA

Pode ocorrer em qualquer época do ano: mais comum inverno e primavera

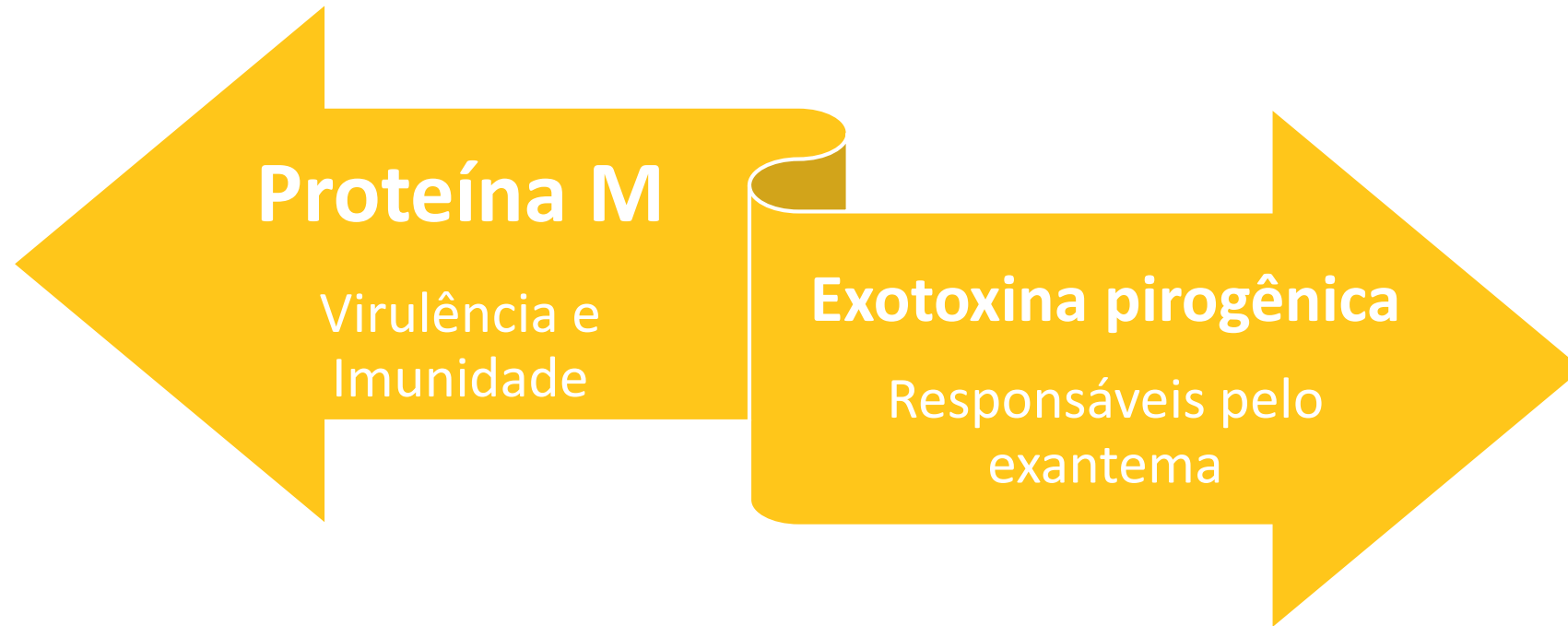
Complicação imediata da faringite estreptocócica: 3-15 anos

Ser humano é o reservatório natural

Síndromes Exantemáticas

ESCARLATINA

4. PATOGÊNESE



Síndromes Exantemáticas

ESCARLATINA

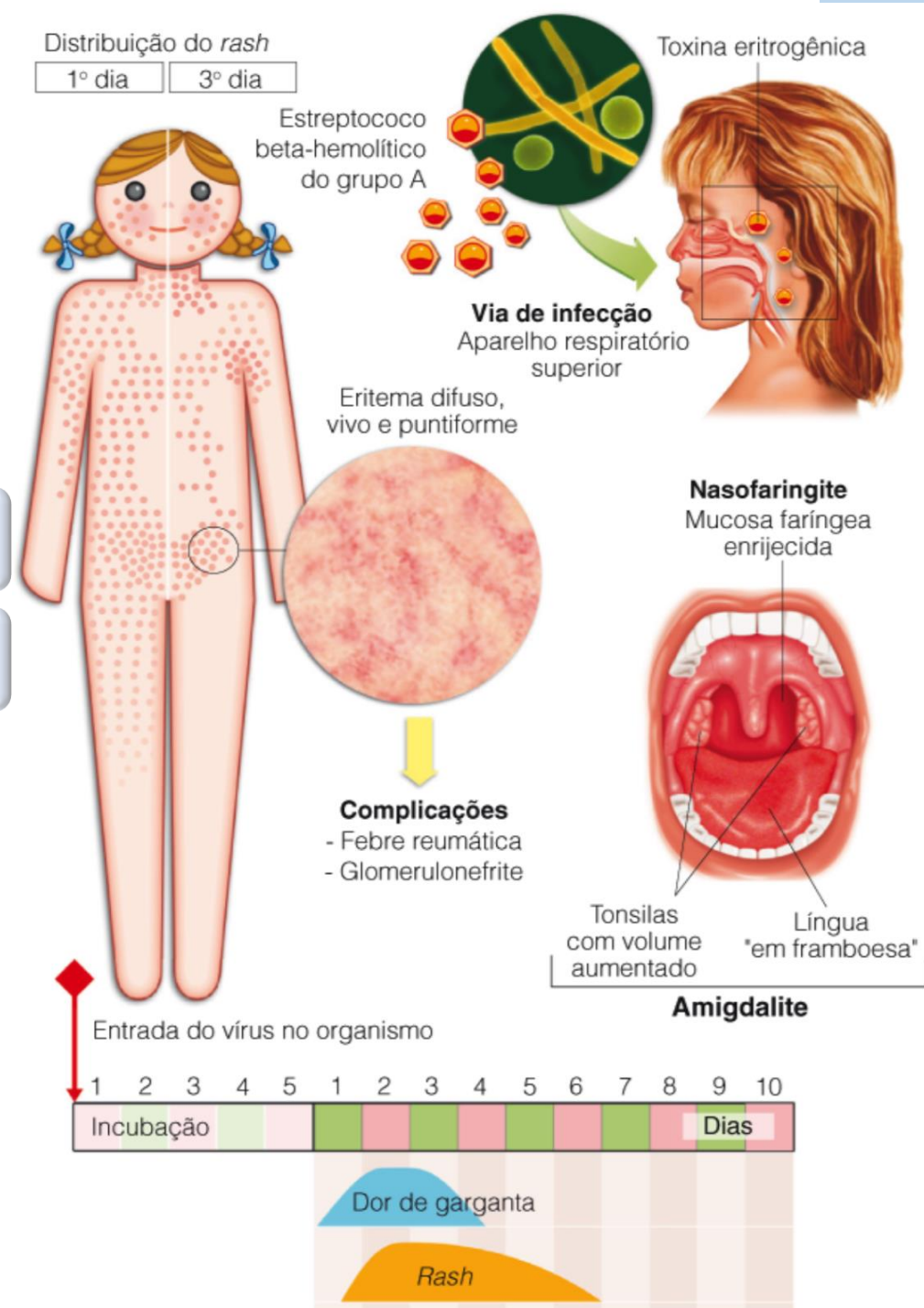
5. CLÍNICA

Período de incubação: 2-5 dias // Crianças entre 5-15 anos

Febre alta, calafrios, cefaleia, adinamia e odinofagia

Exame Físico:

- HIPEREMIA FARINGEA E TONSILAR
- ADENOPATIA
- RASH → Progressão centrífuga, pápulas eritematosas puntiformes próximas (pele em lixa)
- Rubor facial com palidez perioral (**Sinal de Filatov**)
- Exantema intensifica nas pregas dos membros (**Sinal de Pastia**)
- Enantema: proeminência das papilas em língua (**língua em framboesa**)



Síndromes Exantemáticas

ESCARLATINA

5. CLÍNICA



Síndromes Exantemáticas

ESCARLATINA

6. DIAGNÓSTICO

Clínico // Se dúvida: cultura de swab de orofaringe (meio ágar-chocolate) → padrão ouro

Aumento nos Ac: ASO e anti-DNAse B / Hemograma: Leucocitose com desvio p/ esquerda

7. TRATAMENTO

Escolha: **Penicilina Benzatina IM** dose única: 600.000 UI (<27Kg) ou 1.200.000 UI (>27Kg)

Alérgicos a Penicilina: **Eritromicina** por 10 dias

- Reduzir a duração dos sintomas
- Reduzir o risco de complicações supurativas
- Reduzir o risco de febre reumática

DOENÇA DE KAWASAKI

1. ETIOLOGIA

Desconhecida. Provavelmente infecciosa.

2005: Coronavírus ???

2. EPIDEMIOLOGIA

Incidência substancialmente maior entre os asiáticos e no sexo masculino.

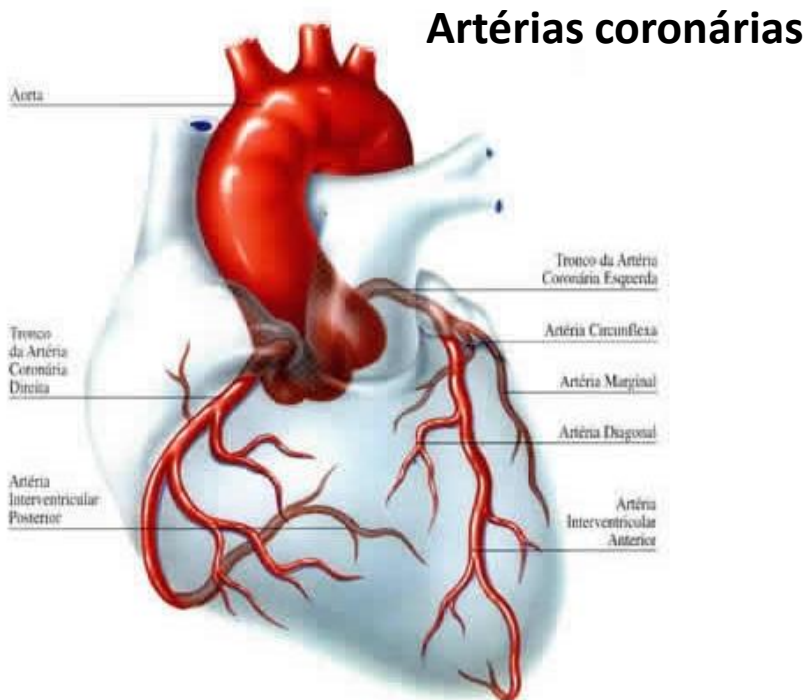
80% dos casos ocorre em menores de 5 anos e maiores de 4 meses

Comporta-se como uma vasculite

DOENÇA DE KAWASAKI

3. PATOGÊNESE

Vasculite necrosante de artérias de vários calibres, principalmente as de **médio calibre**



Infiltrado inflamatório nas três camadas do vaso / IgA

Destrução e **enfraquecimento da camada elástica**

Formação de **aneurisma** no local

DOENÇA DE KAWASAKI

4. CLÍNICA

FASE AGUDA (1^a-2^a semanas)

- **Febre elevada** e remitente
- **Hiperemia conjuntival** bilateral não exsudativa
- **Eritema de mucosa oral**
- **Edema de mãos e pés**
- **Rash** cutâneo
- **Linfadenite** cervical e unilateral
- **Descamação perineal**
- **Miocardite**

FASE SUBAGUDA (2^a-4^a semanas)

- Febre e demais sintomas diminuem
- Persistem irritabilidade, anorexia e conjuntivite
- **Descamação peri-ungueal**
- Trombocitose
- Aneurismas coronários desenvolvem-se a partir da 2^a-3^a semana

FASE DE CONVALESCENÇA (4^a-8^a semanas)

- **Desaparecimento dos sinais da doença**, com normalização do VHS e PCR

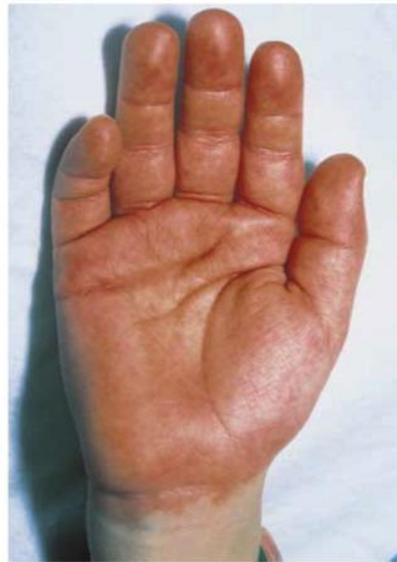
Síndromes Exantemáticas

DOENÇA DE KAWASAKI

4. CLÍNICA



A



C



E



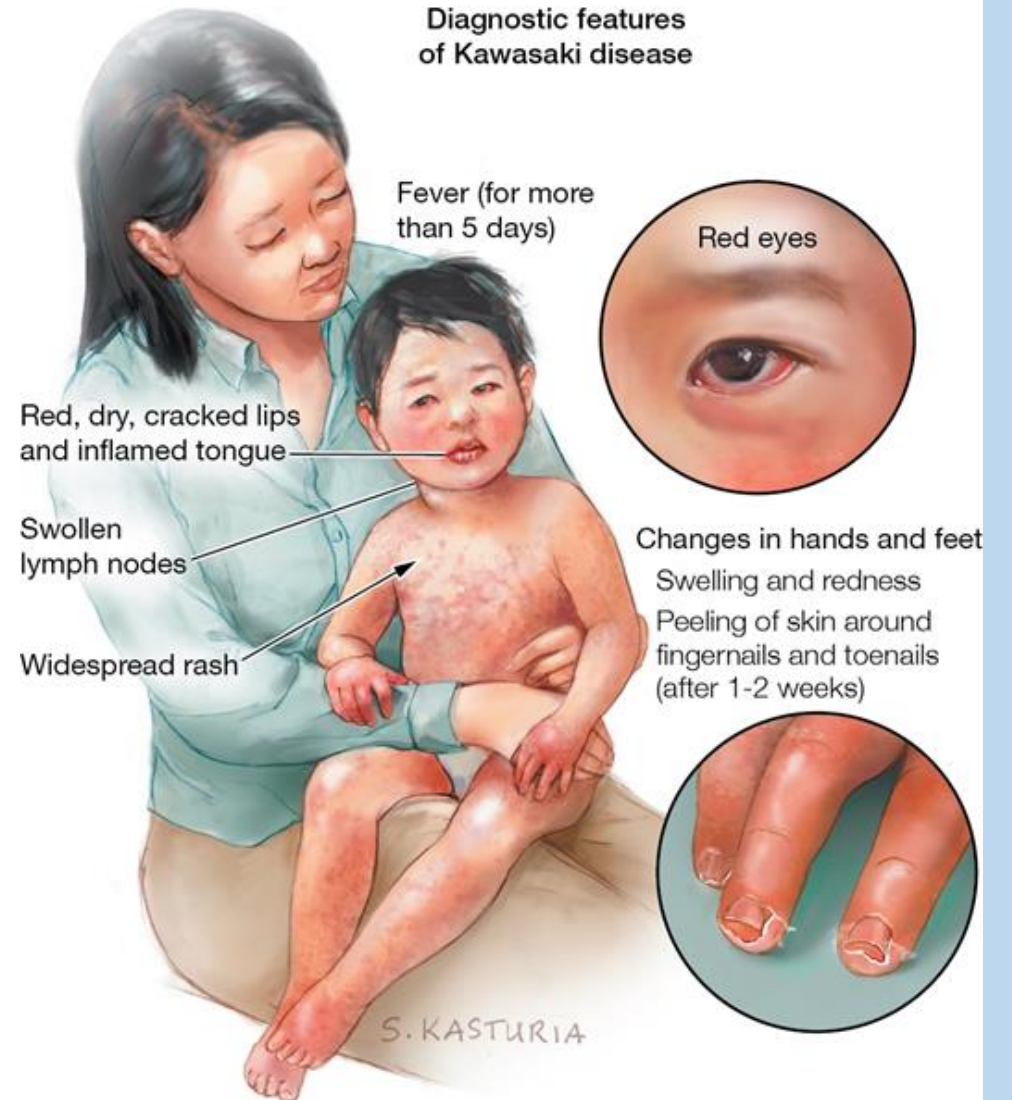
B



D



F



DOENÇA DE KAWASAKI

5. DIAGNÓSTICO

É necessário um **alto grau de suspeição clínica**, pois não há sinal patognomônico

É **clínico**, com base nos seguintes critérios:

Febre alta por no mínimo 5 dias



4 dos seguintes critérios:

Alteração de
extremidades



Exantema
polimórfico



Conjuntivite
bilateral



Alterações de
cavidade oral



Linfadenopatia
Cervical



DOENÇA DE KAWASAKI

5. DIAGNÓSTICO

LABORATÓRIO

Hemograma: Anemia normocítica e normocrômica, leucocitose discreta, plaquetose

Aumento de PCR e VHS

Exame sumário de urina: piúria estéril

Enzimas hepáticas: levemente elevadas

ECO: exame de eleição para detecção dos aneurismas (2-3 semanas após fase aguda)

DOENÇA DE KAWASAKI

6. TRATAMENTO

FASE AGUDA

- **Imunoglobulina Venosa** – 2g/kg IV em 12 horas.
- Possibilidade de repetir a dose, se refratariedade
- **AAS em dose anti-inflamatória:** 80-100mg/kg/dia em 4 tomadas por 14 dias ou após 3 dias tornar-se afebril

FASE DE CONVALESCENÇA

- **AAS em dose antiagregante plaquetária:** 3-5mg/kg/dia por 6-8 semanas

TROMBOSE CORONÁRIA AGUDA

- **Terapia fibrinolítica:** estreptoquinase, uroquinase ou ativador do plasminogênio

ANORMALIDADES CORONÁRIAS

- **AAS em dose antiagregante plaquetária** diariamente
- **Clopidogrel** 1mg/kg/dia
- **Imunizar contra varicela e influenza**, risco de síndrome de Reye

Síndromes Exantemáticas

FEBRE + CONJUNTIVITE + TOSSE + EXANTEMA MACULO-PAPULAR + MANCHAS DE KOPLIK

SARAMPO

FEBRE ALTA + RASH CUTANEO MACULO-PAPULAR APÓS TÉRMINO DA FEBRE

EXANTEMA
SÚBITO

FEBRE BAIXA + RUBOR MALAR + RASH “RENDILHADO” QUE PIORA AO SOL

ERITEMA
INFECCIOSO

FEBRE + CEFALEIA + EXANTEMA PLEOMORFICO PRURIGINOSO

VARICELA

FEBRE BAIXA + EXANTEMA MACULO-PAPULAR + LINFONODO RETROAURICULAR

RUBÉOLA

FEBRE ALTA + EXSUDATO AMIGDALIANO + SINAL DE PASTIA E FILATOV

ESCARLATINA



Obrigado