



Abordagem Diagnóstica das Doenças Exantemáticas na Infância

Cleuma Regina Freitas de Almeida Pontes, Marina Barbieri Vaz de Melo, Larissa Abussafi Miranda, Arthur Lennon Nascimento Rubião, Maria Vitória Pedroni Cordeiro, Marina Wetzel Silveira, Jean Mariz Arêas, Laura Victória Sabino de Aguiar, Amanda Simões Vieira, Ramon Machado Avelar, Amanda Florentino do Nascimento, Rafaela Lacerda Brasileiro Vieira, Bruno Bessa Macedo de Castro, Luís Flávio de Amorim Paiva, Jamille Lessa Castro, Sara Escramozini Campos Merghe.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

RESUMO

O acometimento de crianças por doença exantemática é um dos quadros mais comuns da prática médica, impondo dificuldade diagnóstica frequentemente. Diversas condições podem cursar com exantema, sendo que as causas infecciosas são responsáveis por mais de 70 % dos episódios. A maior parte dos exantemas são autolimitados, todavia a correta identificação da etiologia tem importância clínica pela gravidade e piora do prognóstico em caso de atraso no diagnóstico em alguns casos, e para a saúde pública, tendo em vista o potencial de contágio das causas infecciosas. A inespecificidade clínica das doenças exantemáticas exige uma abordagem sistemática para o seu diagnóstico que inclui a coleta de anamnese completa e exame físico amplo e cuidadoso. Esses são os principais instrumentos para a elucidação diagnóstica, permitindo igualmente a orientação para a conduta diagnóstica laboratorial. Esse artigo tem o objetivo de descrever as principais características clínico-epidemiológicas dos exantemas, enfatizando que a anamnese e o exame físico são as principais ferramentas para auxílio no diagnóstico diferencial e consequente manejo do paciente acometido por doença exantemática na infância.

Palavras-chave: Exantema; Diagnóstico diferencial; Infecção; Doenças transmissíveis; Pediatria.

Diagnostic Approach to Exanthematous Diseases in Childhood

ABSTRACT

The involvement of children by exanthematous disease is one of the most common conditions in medical practice, often imposing diagnostic difficulties. Several conditions can lead to rash, with infectious causes being responsible for more than 70% of episodes. Most rashes are self-limiting, however, the correct identification of the etiology is clinically important due to the severity and worsening of the prognosis in case of delay in diagnosis in some cases, and for public health, given the potential for contagion from infectious causes. The clinical nonspecificity of exanthematous diseases requires a systematic approach to their diagnosis that includes the collection of complete anamnesis and a broad and careful physical examination. These are the main instruments for diagnostic elucidation, also allowing guidance for laboratory diagnostic conduct. This article aims to describe the main clinical-epidemiological characteristics of exanthemas, emphasizing that anamnesis and physical examination are the main tools to aid in the differential diagnosis and consequent management of patients affected by exanthematous disease in childhood.

Keywords: Rash; Differential diagnosis; Infection; Communicable diseases; Pediatrics.

Dados da publicação: Artigo recebido em 18 de Março e publicado em 08 de Maio de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n5p623-633>

Autor correspondente: Cleuma Regina Freitas de Almeida Pontes - cleuma.regina81@gmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O acometimento de crianças por doença exantemática é um dos quadros mais comuns da prática médica, frequentemente impondo dificuldade diagnóstica diante das diferentes possibilidades etiológicas e pelo polimorfismo de sua apresentação. O exantema é uma erupção cutânea ao longo da superfície do corpo composta por máculas ou pápulas que podem apresentar aspecto irregular e edemaciado, estando ou não em associação com prurido, descamação, lesões bolhosas e crostas; acometendo uma região específica ou espalhando-se por todo o corpo.

As causas variam desde doenças infecciosas por agentes como vírus, bactérias, fungos e protozoários até não infecciosas tais como reações medicamentosas, doenças autoimunes e neoplasias. Estudos mostraram que 65% das crianças avaliadas com exantema e febre apresentavam um agente infeccioso em sua etiologia, sendo 72% em decorrência de infecções virais. Embora a maioria das doenças que cursam com exantema sejam autolimitadas, há situações em que a não realização do diagnóstico pode cursar com atraso na intervenção e conseqüente piora do prognóstico.

Tendo em vista a elevada frequência e a dificuldade diagnóstica do paciente com doença exantemática na prática pediátrica, o presente trabalho objetiva descrever as principais características clínicoepidemiológicas como ferramentas para auxílio no diagnóstico diferencial e conseqüente manejo do paciente acometido.

METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão bibliográfica sistemática das doenças exantemáticas na infância. Seguindo diretrizes recomendadas para revisões sistemáticas, faremos uma busca abrangente em bases de dados eletrônicas como PubMed, Scopus e Web of Science, sem restrições quanto ao idioma ou ano de publicação. A amostra incluirá estudos que avaliam questões que envolvem as doenças exantemáticas na infância, abrangendo ensaios clínicos, estudos observacionais e revisões sistemáticas, sem restrições demográficas.

Excluiremos estudos que não abordam diretamente essas avaliações, bem como estudos em idiomas diferentes do português e amostras exclusivamente pediátricas. Os

dados serão extraídos dos estudos selecionados para realizar uma síntese qualitativa dos achados, destacando tendências emergentes. Se viável, faremos uma análise quantitativa dos dados por meio de meta-análise.

RESULTADOS

Diante da ampla possibilidade etiológica é aconselhável que se adote uma abordagem sistemática iniciando por meio de uma história clínica completa. Existem certas características do paciente, do meio em que vive e da evolução do exantema que auxiliam de forma significativa o diagnóstico etiológico do exantema, a história pode determinar ainda os pacientes com risco para potenciais complicações a depender da doença envolvida.

A faixa etária ajuda na diferenciação das causas prováveis do exantema. O exantema súbito, por exemplo, ocorre na maior parte dos casos em crianças a partir de 6 meses até os 24 meses de idade por conta da proteção recebida por via dos anticorpos maternos. O Eritema infeccioso, por sua vez, acomete crianças maiores de três anos, sendo incomum abaixo desta idade.

O padrão de acometimento também pode modificar de acordo com a idade; a rubéola apresenta um período prodrômico marcado em adolescentes e adultos, enquanto nas crianças pode ser discreto ou mesmo ausente. O questionamento do paciente ou de seu responsável sobre a ocorrência anterior de exantemas ajuda a descartar algumas doenças comuns da infância que conferem proteção duradoura, tal como o sarampo e a rubéola. O conhecimento acerca do histórico vacinal é essencial para descartar ou mesmo alertar o médico para quadros clínicos atípicos, causados por doenças imunopreveníveis, como o sarampo, rubéola, varicela, febre amarela e meningococemia. Doenças preexistentes como a deficiência da imunidade humoral ou celular (hipogamaglobulinemia ou deficiência de complemento) podem alterar o curso clínico das doenças e a apresentação do exantema, motivo pelo qual as doenças de base devem ser sempre conhecidas.

Em decorrência da possibilidade de transmissão interpessoal da maioria dos exantemas em pediatria, deve-se questionar o contato com casos semelhantes na



comunidade, atentando-se para o fato de que para que haja relação entre os casos, o período de incubação deve ser compatível com a doença em investigação. Este período varia entre as diferentes doenças exantemáticas, como na escarlatina onde geralmente é de 2 a 5 dias enquanto na rubéola geralmente é maior, cerca de 12 a 23 dias.

As reações dermatológicas reativas são comuns e por isso o uso de medicamentos, contato com outros alérgenos ou picadas de insetos devem ser questionados, além da história familiar de atopia ou mesmo viagens recentes.¹ As medicações comumente envolvidas incluem antibióticos (amoxicilina, sulfametoxazol-trimetropim, ampicilina, antiinflamatório não esteroidal e anticonvulsivantes), nos quais o exantema geralmente é morbiliforme e de aspecto maculopapular sem quadro febril associado, mas podem evoluir para quadros graves como a síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica.

Embora não tenhamos as estações do ano bem definidas no Brasil, é sabido que a maioria dos exantemas de origem infecciosa ocorre no inverno e primavera, tal como o eritema infeccioso, a varicela e o sarampo. Os exantemas causados por enterovírus, por sua vez, como o *Coxsackie A16* causador da síndrome mão-pé-boca, constituem uma exceção, sendo mais frequentes no verão. Além disso, o conhecimento acerca da situação epidemiológica, no âmbito geográfico em que vive o paciente, se mostra igualmente importante, principalmente na descoberta de casos similares em uma dada comunidade.

Período prodrômico

O intervalo de tempo entre as primeiras manifestações clínicas e o início do exantema caracteriza o período prodrômico. A descrição detalhada das manifestações dessa fase é importante para o esclarecimento diagnóstico, já que em algumas doenças elas são características. A evolução da febre e sua associação com o período prodrômico podem ajudar a definir padrões compatíveis com certas doenças, além de frequentemente ser indicadora de doenças infecciosas. No exantema súbito, classicamente há febre elevada com duração de 3 a 5 dias (média de 39°C) que desaparece com o surgimento do exantema. Na doença de Kawasaki, a febre inicia de

forma abrupta, com temperaturas maiores que 39°C, durando em média oito dias e sem responder ao uso de antibióticos ou antipiréticos; o exantema surge após três dias do início da febre sendo frequentemente escalatiniforme. Além das causas infecciosas, reações medicamentosas e doenças reumatológicas também podem apresentar quadro febril no período prodrômico.

Diversas outras associações podem surgir no período prodrômico. Manifestações respiratórias são comuns ao sarampo, em que a tosse seca é um achado constante. Alterações neurológicas graves podem ocorrer em infecções por enterovírus, tais como paralisia flácida aguda, meningite asséptica, encefalite de tronco cerebral ou encefalite focal (romboencefalite). Todavia, algumas doenças como o eritema infeccioso, apenas cerca de 10% das crianças apresentam período prodrômico e a rubéola e a varicela não apresentam essa fase, pois o exantema aparece como o primeiro sinal clínico.

O Exantema

Quando o paciente procura auxílio médico geralmente já apresenta o exantema. Nessa fase é importante obter na anamnese as características da evolução do quadro exantemático, tais como: tipo de exantema, lesões dermatológicas associadas, locais de origem, distribuição, dor e associação com descamação ou prurido.

Inicialmente deve-se observar detalhadamente a característica da lesão elementar do exantema, procurando-se identificá-la: mácula (lesão plana, não palpável e circunscrita); pápula (lesão firme e elevada, palpável, com bordas nítidas e diâmetro menor que 1 cm); placa (lesão achatada, palpável, com diâmetro maior que 1 cm); vesícula (lesão papular preenchida por líquido claro, com menos de 1 cm de diâmetro); pústula (elevação papular semelhante a vesícula com conteúdo purulento de até 1 cm de diâmetro); petéquia (lesão hemorrágica que não desaparece à pressão, não maior que poucos milímetros) e púrpura (lesão hemorrágica que não desaparece à pressão, maior que 1 cm). Frequentemente há uma associação destas lesões, como nas reações medicamentosas e doenças virais nas quais são frequentes o surgimento de exantema do tipo maculopapular.

Deve-se ainda questionar o local de origem, sentido e velocidade da progressão do exantema. No exantema súbito a lesão geralmente inicia no tronco enquanto na

rubéola tem seu início na face seguindo caudalmente de forma rápida para o corpo, ao contrário do sarampo em que a evolução é particularmente lenta.

A presença de prurido alerta para a possibilidade de o paciente ter sido acometido por varicela, escabiose, urticária, estrófulo, reação medicamentosa ou dermatite atópica; enquanto o exantema não pruriginoso é comum no sarampo.

Quando associado à anamnese, o exame físico permite a presunção do diagnóstico etiológico na maioria dos casos. As características do exantema, já descritas na seção destinada à anamnese, são válidas ao exame físico e somam-se a outras aqui referidas.

A distribuição corporal pode contribuir para elucidação diagnóstica, como na varicela, em que o exantema se distribui centrifugamente. Quanto à varíola, a apresentação é tipicamente centrípeta sendo esta uma importante diferença clínica entre ambas. O acometimento da face extensora, flexora ou região palmo-plantar são marcadores sugestivos para certas etiologias: no eritema multiforme, doença de Kawasaki ou nas reações medicamentosas há geralmente a presença de lesões na região palmo-plantar, estando estas ausentes no sarampo e no exantema súbito.

A fisiopatogenia do exantema pode ser sugerida pelo seu comportamento à manobra de digitopressão. Quando essa desencadeia o desaparecimento do eritema sugere fenômeno de vasodilatação, tipicamente relacionado às reações medicamentosas, doenças virais, doença de Kawasaki ou escarlatina; enquanto nas alterações hemorrágicas, geralmente ocasionadas por vasculite ou alterações da crase sanguínea, não há alteração do aspecto da lesão quando submetidas à pressão. A meningococemia, por exemplo, cursa com lesões típicas de vasculite, embora no início do quadro as lesões possam atenuar a digitopressão, evoluindo rapidamente para a púrpura. A presença de descamação cutânea e suas características (ausente na rubéola, fina no sarampo, em grandes placas na escarlatina ou em pontas de dedos na doença de Kawasaki) podem igualmente contribuir para o diagnóstico.

Alguns sinais observados ao exame físico frequentemente elucidam um diagnóstico por estarem geralmente associados a doenças específicas. No sarampo, as manchas de Koplik (enantema patognomônico de aspecto esbranquiçado localizado na mucosa jugal adjacente ao segundo molar) surgem no final do período prodrômico e duram de 2-3 dias. A conjuntivite pode ser vista no sarampo, rubéola, enterovirose

(adenovirus) e na doença de Kawasaki. A presença de petéquias no palato mole (manchas de Forchheimer) é sugestiva de mononucleose infecciosa, podendo ser encontrada ainda na rubéola e na escarlatina. A pele em textura de lixa, associada à palidez perioral (sinal de Filatov), acentuação do exantema em região de dobras (sinal de Pastia) e língua em framboesa são altamente sugestivas da escarlatina. A língua em framboesa, entretanto, pode ser vista ainda na doença de Kawasaki ou mesmo em um sarampo atípico. O aspecto de “bochecha esbofetada” é associado ao eritema infeccioso, enquanto o polimorfismo das lesões (presença de máculas, vesículas, pústulas e crostas em um mesmo momento) é característico da varicela 1. Lesões de aspecto em alvo na região palmo-plantar fazem lembrar o envolvimento de enterovírus no diagnóstico da síndrome mão-pé-boca.

A adenomegalia consiste um achado comum na rubéola e no exantema súbito, com acometimento das cadeias cervicais posteriores, occipitais e retroauriculares. O aumento, especialmente na cadeia cervical, é visto ainda em pacientes com escarlatina, mononucleose e mais raramente por reação medicamentosa. A presença de anemia é uma manifestação frequente em pacientes com exantema petequeial no qual o diagnóstico de meningococemia, leucemia e leishmaniose visceral deve ser afastado. A artrite ou artralgia são comuns na rubéola em adultos e reações medicamentosas, sendo sua presença mais rara em crianças.

A presença de hepato/esplenomegalia é frequente na mononucleose infecciosa e nas hepatites virais, podendo eventualmente a rubéola e a varicela cursar com tais alterações, sobretudo em crianças menores. A icterícia soma-se aos achados sugestivos de hepatite viral em pacientes com exantema discreto e hepatomegalia. Meningismo, por sua vez, pode ser encontrado na meningococemia e nas enteroviroses. Nessas, além dos achados neurológicos, podemos encontrar exantema petequeial tornando difícil o diagnóstico diferencial com meningococemia.

Quanto aos exames laboratoriais permitem pesquisar diretamente o microrganismo envolvido, realizar cultura de materiais bem como titular a sorologia para diversas doenças infecciosas, sendo esta conduta especialmente importante na avaliação do recém-nascido com quadro exantemático.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos grandes desafios diagnósticos da medicina, desde imemoráveis tempos, é a investigação etiológica da doença exantemática. Além de sua alta prevalência, principalmente na infância, as manifestações clínicas podem ser semelhantes entre as diferentes etiologias. Apesar do imenso avanço das técnicas diagnósticas e da diminuição da incidência de algumas doenças em decorrência da imunização, o médico, diante de um paciente com exantema, deve colher uma história clínica completa e executar um exame físico cuidadoso e sistemático. Para tal é indispensável o entendimento acerca da história natural de cada etiologia de forma que o diagnóstico precoce permite a intervenção eficaz nas situações em que a gravidade assim o exija.

REFERÊNCIAS

1. Yamamoto M, Marques HHdS. Exantema: roteiro diagnóstico. *Pediatria (São Paulo)*. 1988;10(3):105-15.
2. Ely JW, Seabury Stone M. The generalized rash: part I. Differential diagnosis. *Am Fam Physician*. 2010;81(6):726-34.
3. MedlinePlus [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); Rashes; [atualizado em 2012; acessado em 10 jan. 2012]. [1 tela]. Disponível em: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/rashes.html>
4. Sanders CV, Lopez FA. Cutaneous manifestations of infectious diseases: approach to the patient with fever and rash. *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2001;112:235-51.
5. Fölster-Holst R, Kreth HW. Viral exanthems in childhood--infectious (direct) exanthems. Part 1: Classic exanthems. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2009;7(4):309-16.
6. Scott LA, Stone MS. Viral exanthems. *Dermatol Online J*. 2003;9(3):4.
7. McKinnon HD, Jr., Howard T. Evaluating the febrile patient with a rash. *Am Fam Physician*. 2000;62(4):804-16.
8. Murphy-Lavoie HM. Recognizing the top ten pediatric and adult rashes. In: *Scientific Assembly*; 2011; San Francisco, USA. American college of emergency physicians; 2011.
9. Fölster-Holst R, Kreth HW. Viral exanthems in childhood. Part 3: Parainfectious



exanthems and those associated with virus-drug interactions. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2009;7(6):506-10.

10. Folster-Holst R, Kreth HW. Viral exanthems in childhood-infectious (direct) exanthems. Part 2: Other viral exanthems. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2009;7(5):414-9.