



CLASSIFICAÇÃO DOS EXANTEMAS

Exantema maculopapular – manifestação cutânea mais comum nas doenças infecciosas sistêmicas. Mais comumente associado a vírus, porém também observado em várias doenças de etiologia bacteriana, parasitária, riquetsioses, micoplasmose e intoxicações medicamentosas ou alimentares.

Pode ser caracterizado em diversos tipos:

- **Morbiliforme:** pequenas maculo-pápulas eritematosas (3 a 10 mm), avermelhadas, lenticulares ou numulares, permeadas por pele sã, podendo confluir. É o exantema típico do sarampo, porém pode estar presente na rubéola, exantema súbito, nas enterovirose, riquetsioses, dengue, leptospirose, toxoplasmose, hepatite viral, mononucleose, síndrome de Kawazaki e reações medicamentosas.
- **Escarlatiniforme:** eritema difuso, puntiforme, vermelho vivo, sem solução de continuidade, poupando a região perioral e áspero (sensação de lixa). Pode ser denominado micropapular. É a erupção típica da escarlatina porém pode ser observada na rubéola, síndrome de Kawazaki, reações medicamentosas, miliária e em queimaduras solares.
- **Rubeoliforme:** semelhante ao morbiliforme, porém de coloração rósea, com pápulas um pouco menores. É o exantema presente na rubéola, enterovirose, virose respiratórias e micoplasma.
- **Urticiforme:** erupção papuloeritematosa de contornos irregulares. É mais típico em algumas reações medicamentosas, alergias alimentares e em certas coxsackioses, mononucleose e malária.

Exantema papulovesicular – presença de pápulas e de lesões elementares de conteúdo líquido (vesicular). É comum a transformação sucessiva de maculo-pápulas em vesículas, vesico-pústulas, pústulas e crostras. Pode ser localizado (ex. herpes simples e zoster) ou generalizado (ex. varicela, varíola, impetigo, estrófulo, enterovirose, dermatite herpetiforme, molusco contagioso, brucelose, tuberculose, fungos, candidíase sistêmica).

Exantema petequeial ou purpúrico – alterações vasculares com ou sem distúrbios de plaquetas e de coagulação. Pode estar associado a infecções graves como meningococemia, septicemias bacterianas, febre purpúrica brasileira e febre maculosa. Presente também em outras infecções como citomegalovirose, rubéola, enterovirose, sífilis, dengue e em reações por drogas.

Referência: "Diagnóstico Diferencial das Doenças Exantemáticas", Sílvia Regina Marques e Regina Célia Menezes Succi. Infectologia Pediátrica 1999, Capítulo 19, pág. 169. 2ª edição, Calil K. Farhat et al. Ed. Atheneu. Transcrito com autorização dos autores.

Observações

Coleta de material para diagnóstico laboratorial:

- **Sangue fase aguda:** até 7 dias desde o início do exantema
- **Sangue fase convalescente:** 3-4 semanas após o início do exantema
- **Se suspeita for rubéola:** Sangue de fase aguda colhido a partir do 5º dia.
- **Se suspeita for dengue:** Sangue de fase aguda colhido a partir do 6º dia.
- **Se suspeita for febre maculosa:** Sangue de fase aguda colhido a partir do 7º dia.



Rubéola

Etiologia e forma de transmissão: Doença viral aguda causada pelo Rubivirus (família *Togaviridae*), é transmitida pelo contato com secreções nasofaríngeas de pessoas infectadas. Na gestação pode ser transmitida ao feto, podendo causar a Síndrome da Rubéola Congênita.

Grupo etário: Todos, principalmente crianças e adultos jovens.

Quadro Clínico: Período de incubação de 14-23 dias. Em crianças geralmente não há pródromos. Adultos podem apresentar sintomas leves, predominando febre baixa, cefaléia e mal-estar geralmente 5 dias antes do aparecimento do exantema. Linfadenopatia quase sempre presente, principalmente retroauricular e occipital. Exantema máculo-papular róseo, difuso e discreto, distribuição crânio-caudal, máxima intensidade no 2º dia, desaparecendo até o 6º dia, sem descamação. Transmissibilidade de 7 dias antes a 7 dias após o aparecimento do exantema.

Diagnóstico Laboratorial: Sorologia com IgM reagente (por ELISA) na fase aguda, ou títulos crescentes de IgG em amostras pareadas (fases aguda e convalescente).

Prevenção e tratamento: Não há tratamento específico. A vacina é a única forma eficaz de prevenção. Uma dose confere imunidade de 95%. Deve-se evitar exposição a outros indivíduos até 7 dias após aparecimento do exantema.

Eritema Infeccioso (Parvovirose B19)

Etiologia e forma de transmissão: Doença viral causada pelo parvovírus humano B19 (família *Parvoviridae*). Transmissão por contato com secreções respiratórias, ou através da placenta de mães infectadas.

Grupo etário: Atinge principalmente crianças após o 1º ano de vida (pré-escolar e escolar).

Quadro Clínico: Período de incubação variável (4-20 dias). Geralmente sem pródromos, podendo ocorrer sintomas inespecíficos como cansaço, febre, mialgia e cefaléia de 7-10 antes do aparecimento do exantema. O exantema aparece na face, intenso, em forma de asa de borboleta ou lembrando o aspecto de face esbofetada, distribuindo-se em seguida nos membros e tronco. Pode reaparecer ou intensificar-se com irritantes cutâneos, alteração de temperatura ou exposição ao sol por semanas ou meses após a infecção. Não há descamação. Transmissibilidade máxima antes do aparecimento do exantema.

Diagnóstico Laboratorial: Sorologia com IgM reagente (ELISA) em amostras de sangue de fase aguda ou incremento de títulos de IgG em sorologias de amostras pareadas (fase aguda e convalescente).

Prevenção e tratamento: Deve-se evitar exposição de indivíduos infectados a outros indivíduos no período de prodromico. Não há vacina nem tratamento específico.

Exantema Súbito (Roséola infantum)

Etiologia e forma de transmissão: Doença viral, causada pelos herpesvírus humanos 6 e 7 (família *Herpesviridae*). Transmissão pelo contato com secreções de um portador assintomático a um contato próximo.

Grupo etário: Atinge crianças menores de 4 anos, principalmente entre 6 meses e 2 anos de idade.

Quadro Clínico: Doença aguda, período de incubação médio de 9-10 dias. O período prodromico dura 3 ou 4 dias com febre alta (>39,5 °C) e irritabilidade. O exantema inicia-se no tronco logo após o desaparecimento da febre. Desaparece rapidamente, sem descamação.

Diagnóstico Laboratorial: São utilizados testes de imunofluorescência indireta (IFI) para detecção de IgM e IgG em amostras de sangue coletadas na fase aguda e convalescente.

Prevenção e tratamento: Tratamento de suporte, não há vacina.

Sarampo

Etiologia e forma de transmissão: Doença viral aguda, causada pelo Morbilivírus (família *Paramixoviridae*). Transmissão ocorre através de aerossóis respiratórios.

Grupo etário: Todos, principalmente crianças e adultos jovens.

Quadro Clínico: Período de incubação de 8-12 dias desde a exposição até início dos sintomas.

Período prodromico característico, com 3-5 dias de febre alta, tosse e conjuntivite. Anorexia e diarreia podem estar presentes. O sinal de Koplic, caracterizado pela presença de manchas esbranquiçadas (enantemas) na mucosa oral, geralmente precede o exantema. O exantema máculo-papular aparece entre o 3º e 7º dia, é morbiliforme, com início atrás das orelhas e distribuição centrífuga para todo o corpo porém sem acometer palmas e plantas. Intensidade máxima depois de 3 dias, dura de 4-7 dias e desaparece com descamação leve (furfúrea).

Transmissibilidade de 7 dias antes a 5 dias após o aparecimento do exantema.

Diagnóstico Laboratorial: Sorologia com IgM reagente (ELISA) em amostras de sangue de fase aguda ou incremento de títulos de IgG em sorologias de amostras pareadas (fase aguda e convalescente).

Prevenção e tratamento: Não há tratamento específico. A vacina é a única forma eficaz de prevenção. Uma dose confere imunidade de 95% e uma segunda dose confere imunidade de 99%.

Escarlatina

Etiologia e forma de transmissão: Causada pelo *Streptococcus pyogenes*, uma bactéria b-hemolítica do Grupo A, produtora de toxina eritrogênica. Transmissão ocorre através de contato com secreções respiratórias.

Grupo etário: Acomete principalmente crianças de 2-10 anos de idade.

Quadro Clínico: Período de incubação de 2-5 dias. Concomitante ou após faringoamigdalite membranosa, apresenta-se com febre alta e mal-estar, exantema eritematoso puntiforme (pele áspera como uma lixa), palidez peribucal (Sinal de Filatov), linhas marcadas nas dobras de flexão (Sinal de Pastia) e língua em framboesa. Descamação extensa em mãos e pés (em dedos de luva) inicia-se após uma semana. Transmissibilidade de 10-21 dias em pacientes não tratados e sem complicações. Complicações podem ocorrer dentro de 1-5 semanas e incluem glomerulonefrite aguda e febre reumática aguda. Complicações tardias incluem coréia de Sydenham e cardiopatia reumática.

Diagnóstico Laboratorial: O diagnóstico laboratorial pode ser realizado através de teste rápido (aglutinação de Látex) em secreção colhida de orofaringe.

Prevenção e tratamento: Tratamento específico com antibióticos durante 10 dias (Penicilina benzatina ou cristalina), que reduz o risco de complicações. Não há vacina. Contactantes portadores devem ser tratados.

Mononucleose Infecciosa (Epstein-Barr)

Etiologia e forma de transmissão: Doença viral causada pelo vírus Epstein-Barr, um herpesvírus. A transmissão ocorre principalmente de pessoa a pessoa por meio de contato com saliva de pessoas infectadas. Crianças pequenas podem infectar-se por contato com saliva em objetos ou mãos. Em adultos jovens, o beijo facilita a transmissão.

Grupo etário: Atinge crianças e adolescentes.

Quadro Clínico: Em 50% dos casos a infecção é sub-clínica ou assintomática. Em pacientes com a forma clínica, o pródromo é muito discreto ou ausente. O quadro clínico característico é de febre, linfadenopatia, amigdalite membranosa e esplenomegalia. Pode apresentar exantema, variável e inconstante que está associado ao uso de antibióticos (penicilinas, cefalosporinas e seus derivados). Período de incubação de 4-6 semanas. Período de transmissibilidade é prolongado, podendo estender-se por um ano ou mais.

Diagnóstico Laboratorial: Sorologia para detecção de IgM anti-cápside viral (anti-VCA) em sangue coletado em fase aguda e IgG anti-antígeno nuclear (anti-EBNA) em sangue da fase convalescente.

Prevenção e tratamento: Não há tratamento específico. Não há vacina. Orientar aos contatos próximos minimizar o contato com saliva do indivíduo com mononucleose.

Enterovirose (não pólio)

Etiologia e forma de transmissão: Geralmente associado aos vírus ECHO ou Coxsackie A e B. Transmissão fecal-oral ou respiratória.

Grupo etário: Mais freqüente em crianças de baixa idade.

Quadro Clínico: Período de incubação de 3-6 dias. Apresentação mais comum como uma doença febril não-específica. Podem ocorrer manifestações respiratórias (refriado, estomatite, herpangina, pneumonia), neurológicas (meningite asséptica) e cutâneas (exantema). O exantema, discreto, ocorre em 5-50% das infecções, podendo ser rubeoliforme, escarlatiniforme ou morbiliforme. Excreção viral pelas fezes pode persistir por várias semanas após infecção.

Diagnóstico Laboratorial: Isolamento viral à partir de amostras de orofaringe colhidas nos primeiros 5 dias após o aparecimento do exantema. Este material deve ser mantido a 4°C para garantir a viabilidade viral. Ainda, exame de neutralização é realizado em sangue colhido em fase aguda e convalescente.

Prevenção e tratamento: Não há tratamento específico nem vacina. Orientações para lavagem de mãos após manipulação de indivíduo infectado, sobretudo após troca de fraldas.





Reações medicamentosas

Etiologia e forma de transmissão: Hipersensibilidade do tipo I que ocorre após exposição à diversas drogas como: quinino, atropina, antipirina, hidantoinas, alopurinol, salvarsan, sulfonamidas penicilinas. Ainda, ocorre por intoxicação por mercúrio, ouro ou arsênico. Após uso de imunobiológicos pode ocorrer a doença do soro.

Grupo etário: Qualquer grupo etário.

Quadro Clínico: Não há pródromos, pode ocorrer febre, mialgia e prurido. O exantema pode ser macular, máculo-papular, urticariforme ou eritodérmico. Reações mais severas podem ser facilmente confundidas com exantema do sarampo ou escarlatina. Adenopatia, hepato-esplenomegalia e toxicidade intensa podem ocorrer.

Diagnóstico Laboratorial: Não há confirmação laboratorial. O diagnóstico é clínico e exames laboratoriais excluem causas infecciosas de exantema.

Doença de Kawazaki

Etiologia e forma de transmissão: Desconhecida. Grupo etário: Crianças de 1-4 anos.

Quadro Clínico: Apresenta pródromos de 3-4 dias de febre alta, adenopatia cervical, irritabilidade e hiperemia conjuntival bilateral. Exantema polimórfico, escarlatiniforme ou purpúrico, com início no tronco e descamação lamelar. Há alterações de mucosa oral, com hiperemia, edema e ressecamento de lábios com fissuras e edema duro de dedos de mãos e pés, com hiperemia palmoplantar. Não são raros comprometimento articular intenso e complicações cardiovasculares, com aneurisma de coronária e infarto do miocárdio (20% dos casos).

Diagnóstico Laboratorial: O diagnóstico é clínico. Não há diagnóstico laboratorial confirmatório.

Prevenção e tratamento: Não responde a antibióticos. Paciente deve ser internado para monitoramento de complicações. Na doença aguda utiliza-se imunoglobulina intravenosa para suprimir a resposta inflamatória.

Febre Maculosa Brasileira

Etiologia e forma de transmissão: Causada pela bactéria do gênero *Rickettsia rickettsii*, transmitida pelo carrapato "estrela".

Grupo etário: Acomete acidentalmente o ser humano, principalmente o pré-escolar e escolar. **Quadro Clínico:** Período de incubação de 3-14 dias. Pródromos de 3-4 dias de febre, cefaléia e mialgias. O exantema é purpúrico, ascendente, iniciando-se nos membros inferiores que se encontram edemaciados, não respeitando palmas de mãos ou planta de pés.

Diagnóstico Laboratorial: O diagnóstico laboratorial é realizado através de identificação de anticorpos por imunofluorescência indireta em amostras colhidas a partir do 7º dia do início dos sintomas.

Prevenção e tratamento: Tratamento de suporte e administração de antibióticos (tetraciclina ou cloranfenicol).

Febre Tifóide

Etiologia e forma de transmissão: Causada pela bactéria do gênero *Salmonella*. Transmissão ocorre por ingestão de alimentos contaminados, tem se apresentado em forma de surtos.

Grupo etário: Pode atingir pessoas de qualquer idade, desde que expostas à fonte de contágio. **Quadro Clínico:** Início insidioso de febre, cefaléia, anorexia, dores abdominais, hepato-esplenomegalia e exantema. Em crianças o início pode ser abrupto, com pródromos de apenas 2-4 dias. Obstipação intestinal inicial é seguida de diarreia. O exantema ocorre em 10-15% das crianças, é característico (roséola tifóide) e aparece na segunda semana da doença. São lesões róseas máculo-papulares de 2-3 mm de diâmetro, em número de 10-20, que clareiam sob pressão, predominam no tronco e geralmente desaparecem dentro de 3-4 dias.

Diagnóstico Laboratorial: Diagnóstico laboratorial confirmado pelo encontro de *Salmonella typhi* em hemoculturas. Sorologia de fase aguda e convalescente.

Prevenção e tratamento: Terapia de suporte, antibióticos específicos. Existem vacinas que não são recomendadas para uso rotineiro.



Dengue

Etiologia e forma de transmissão: Flavivírus, 4 sorotipos (1, 2, 3, 4). São transmitidos pela picada do mosquito *Aedes aegypti*. Ocorre sobretudo no período de março a maio.

Grupo etário: acomete pessoas de qualquer idade. **Quadro Clínico:** Período de incubação de 3-14 dias. Pródromos de 1-5 dias de febre, astenia, cefaléia com dor retro-ocular e fotofobia, dores musculares e articulares intensas. Exantema quando presente, é máculo-papular, aparece precocemente, é fugaz (1-5 dias), iniciando-se no tronco, espalhando-se para a face e, sobretudo, membros.

Diagnóstico Laboratorial: Acentuada leucopenia, com neutropenia. Confirma-se pelo achado de IgM reagente na sorologia (por ELISA) de sangue coletado na fase aguda (material coletado a partir do 6º dia após início do exantema), ou títulos crescentes de IgG em amostras pareadas (fase aguda e convalescente).

Prevenção e tratamento: Não há tratamento específico nem vacina. Não usar aspirina.

Micoplasmose

Etiologia e forma de transmissão: Causada pelo *Mycoplasma pneumoniae*, podendo manifestar-se em surtos ou epidemias. Altamente contagioso, a transmissão ocorre por contato com indivíduos infectados.

Grupo etário: Acomete escolares e adolescentes. **Quadro Clínico:** Período de incubação de 1-4 semanas. Pródromo com febre, mal-estar, fadiga e febre. Tosse seca tem início em poucos dias, seguida de sintomas respiratórios e pneumonia atípica (intersticial), continuando com tosse prolongada e paroxística. Exantema máculo-

papular (em 10% dos pacientes) é confluyente em tronco e dorso.

Diagnóstico Laboratorial: Isolamento do agente em culturas de materiais biológicos ou técnicas sorológicas, com títulos crescentes de IgG em amostras pareadas (fase aguda e convalescente).

Prevenção e tratamento: Não há vacina. Bronquite e quadros respiratórios altos e leves se resolvem sem antibióticos. Quadros severos requerem antibioticoterapia (tetraciclina, eritomicina ou azitromicina).

Infecção por Adenovírus

Etiologia e forma de transmissão: Gênero Adenovírus (mais de 51 sorotipos). Transmissão através de contato com secreções respiratórias. Incidência maior no final do inverno, primavera e início do verão.

Grupo etário: Principalmente pré-escolares, especialmente crianças de 6 meses a 2 anos que freqüentam creche.

Quadro Clínico: Período de incubação de 2-14 dias. Sintomas respiratórios, otite média, e conjuntivite acompanhado de febre. Exantema máculo-papular pode ocorrer, geralmente confundível com alergia à antibióticos. Transmissibilidade maior nos primeiros dias, podendo durar meses. Infecções assintomáticas são freqüentes e reinfeção pode ocorrer.

Diagnóstico Laboratorial: Isolamento viral à partir de amostras de orofaringe colhidas nos primeiros 5 dias após o aparecimento do exantema. Material deve ser mantido a 4 °C. Exame de neutralização é realizado em sangue (fase aguda e convalescente).

Prevenção e tratamento: Tratamento de suporte. Não há vacina.

Toxoplasmose

Etiologia e forma de transmissão: Causado pelo protozoário *Toxoplasma gondii*. Infecção ocorre por ingestão de carne mal passada (bovina, suína ou ovina) contendo cistos do *Toxoplasma* ou por ingestão acidental de oocistos do solo ou alimentos contaminados. Infecção durante a gestação pode acometer o feto, causando infecção congênita.

Grupo etário: Pode ocorrer em qualquer grupo etário.

Quadro Clínico: Infecção após o nascimento é geralmente assintomática. Período de incubação médio de 7 dias. Sintomas geralmente são inespecíficos, incluindo febre, mialgia, dor de garganta e cansaço. Ocasionalmente caracteriza-se como um síndrome mononucleose-like, com exantema macular e hepato-esplenomegalia. Recém-nascidos com toxoplasmose congênita podem apresentar exantema máculo-papular, linfadenopatia generalizada, hepato-esplenomegalia, icterícia e trombocitopenia.

Diagnóstico Laboratorial: Sorologia com IgM reagente (ELISA ou imunofluorescência indireta) em amostras de sangue de fase aguda ou incremento de títulos de IgG em sorologias de amostras pareadas (fase aguda e convalescente).

Prevenção e tratamento: Curso clínico auto-limitado e benigno.

Bibliografia

1. Infectologia Pediátrica. Calil K. Farhat et al. 2ª edição. Ed. Atheneu; 1999.
2. Fundação Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. *Sarampo e Rubéola - Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica*, 2001.
3. American Academy of Pediatrics. Pickering LK. *Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases*. 25ª ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2000.
5. Organización Panamericana de la Salud. Benenson, AS. *Manual para el Control de Enfermedades Transmisibles*. 16ª ed. Washington, DC: OPS; 1997.
6. Current Pediatric Diagnosis and Treatment. Hay WW et al. 12ª ed. Appleton Et Lange; 1995.

Realização:



Apoio:

Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

UNICAMP, Hospital das Clínicas

PUC Campinas



Projeto de Vigilância de Doença Febril Exantemática

Principais Doenças Exantemáticas Febris

