

Doença de mãos-pés-boca no adulto- um caso clínico

Hand foot and mouth disease in adults - a case report

Sofia Amálio, Pedro La Féria, Paulo Ávila, Raquel Matos, Teresa Faro, Manuel Mendonça, Teresinha Santos, Jorge Marques

Resumo

A doença de mãos-pés-boca é uma infecção viral, mais frequentemente causada pelos vírus coxsackie A16 e enterovírus 71, que afecta preferencialmente crianças com idade inferior a 10 anos. Geralmente é uma doença benigna, caracterizada por febre e vesículas na boca e extremidades distais, mas também pode associar-se a complicações mais graves com meningoencefalite ou miocardite. Os autores reportam um caso de DMPB num adulto imunocompetente, com 27 anos de idade, que apresentava pápulas das mãos, pés e cavidade oral, algumas com progressão posterior para vesículas. A exuberância do quadro clínico e curso mais prolongado da doença também constituíram características pouco usuais.

Palavras chave: doença pés mãos boca; enterovírus; vírus coxsackie; adulto imunocompetente

Abstract

Hand foot and mouth disease is a common viral infection, often caused by coxsackievirus A16 and enterovirus 71, affecting mainly children under 10 years of age. In general, it is a benign condition, characterized by fever and vesicles in the mouth and on distal extremities, but it may also be related with more serious complications such as meningoencephalitis and myocarditis. The authors report a case of hand foot and mouth disease in a 27-years old immunocompetent adult presenting papules on the hands, feet, and in the oral cavity, evolving to vesicles. The clinical exuberance and the prolonged course of the disease were other unusual features.

Key words: Hand foot and mouth disease, Enterovirus, Coxsackievirus, immunocompetent Adult

INTRODUÇÃO

A doença de mãos, pés e boca (DMPB) é uma doença exantemática típica da infância que afecta sobretudo as crianças entre os 3 e os 10 anos de idade.¹ O vírus coxsackie A16 é o vírus mais comumente envolvido, mas outros vírus como coxsackie A5, A7, A9, A10, B2, B5, e o enterovírus 71 também podem causar DMPB.² Tipicamente esta doença surge por surtos, mais frequentes no Verão.¹

Desde a primeira descrição de infecção pelo enterovírus 71, na Califórnia, em 1969, têm vindo a ser descritos vários surtos de DMPB por todo mundo, sobretudo nos países asiáticos, na região do Pacífico.^{3,4} Também há descrição de surtos no Reino Unido.⁵

O período de incubação da doença é de 3 a 7 dias. O período infeccioso inicia-se vários dias antes do aparecimento dos sintomas, atingido o pico uma semana antes do estabelecimento da doença clínica. A

excreção do vírus mantém-se durante 6 a 8 semanas nas fezes e durante uma semana através do aparelho respiratório. A transmissão acontece sobretudo por via fecal-oral ou gotículas respiratórias, no entanto, o contacto directo ou a contaminação de objectos pelo conteúdo das vesículas cutâneas, também podem ser um modo de transmissão da doença.⁶

Na maioria dos casos é uma situação benigna, que resolve espontaneamente em cerca de uma semana. As manifestações clínicas caracterizam-se por um rash maculo-vesicular envolvendo as mãos, pés, frequentemente a região glútea e face extensora dos joelhos e muito raramente os genitais. Estas lesões são normalmente indolores, mas em alguns casos a pressão ou o toque podem despoletar dor. No que respeita ao envolvimento da cavidade oral (herpangina) cursa com um enantema vesicular atingindo o palato mole, doloroso, muitas vezes com ulceração e acompanhando-se de febre e odinofagia. Casos graves envolvendo morbi-mortalidade importante, estão associados à infecção por enterovírus 71, e relacionam-se sobretudo com complicações neurológicas e cardíacas. São exemplos dessas complicações: encefalite, meningite asséptica, paralisia flácida aguda, edema pulmonar ou miocardite.^{1,3,6}

Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E., Hospital de Santo António dos Capuchos, Medicina 2.1

Recebido para publicação a 24.04.12

Aceite para publicação a 02.10.12



Imagem das lesões orais

FIG. 1

A clínica é normalmente suficiente para o diagnóstico, mas o isolamento do vírus pode ser conseguido se a colheita for realizada numa fase inicial da doença preferencialmente nas fezes e aspirado ou zaragatoa nasofaríngeos.⁶ A análise por *Polymerase Chain Reaction (PCR)* para enterovírus é também muito sensível e específica.⁷

O tratamento é essencialmente de suporte (assegurar a nutrição e hidratação) e alívio das queixas álgicas da cavidade oral, com anti-inflamatórios não esteróides em associação com soluções tópicas, não existindo nenhum anti-viral definido para o tratamento da DMPB.⁶

Existem muito poucos casos reportados em adultos, a maioria em doentes imunocomprometidos.^{7,8}

CASO CLÍNICO

Doente do sexo masculino, com 27 anos de idade, caucasiano, natural e residente em Lisboa, estudante universitário, internado através do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Lisboa Central por um quadro com 3 dias de evolução de febre, um episódio isolado de vômito alimentar, lesões cutâneas maculo-papulares envolvendo apenas as mãos e os pés e lesões da cavidade oral que o impossibilitavam de se alimentar. O doente encontrava-se em Londres de férias nos 15 dias anteriores ao internamento, mas regressou a Portugal assim que iniciou sintomatologia. Tinha história de daltonismo, cirurgia a varicocele há cerca de 4 anos e hábitos tabágicos inferiores a 3 unidades maço/ano (UMA). Não fazia qualquer tipo de medicação em ambulatório. Negava contactos com pessoas doentes e factores de risco para imunodeficiência.

À entrada no Serviço de Medicina Interna tinha febre (temperatura axilar de 38,3°C), com pressão arterial



Imagem das lesões das mãos

FIG. 2

de 119/50 mmHg, com glicemia capilar de 123 mg/dL. Estava vigil, orientado no tempo e no espaço e colaborante apesar de prostrado. As mucosas estavam coradas mas desidratadas. Apresentava edema labial exuberante e lesões ulceradas da cavidade oral, dolorosas, com placas esbranquiçadas e algum exsudado purulento (Fig. 1). Na pele evidenciava-se exantema maculo-papular, com algumas lesões tipo vesícula, confinado às mãos e pés (Fig. 2 e 3). Não tinha adenomegalias periféricas. A observação cardio-pulmonar, do abdómen e o exame neurológico não revelavam alterações. Da avaliação laboratorial realizada destacavam-se: leucocitose com neutrofilia (leucócitos- 14900/ μ L; neutrófilos-85,6%), proteína C reactiva de 9,8 mg/dL, urémia de 60 mg/dL e creatininemia de 1,14 mg/dL. As serologias para vírus da imunodeficiência humana 1+2, hepatites A, B e C, sífilis, vírus do grupo herpes e Enterovírus foram negativas.

As lesões orais condicionaram significativamente a nutrição e hidratação do doente, o que exigiu fluidoterapia endovenosa durante vários dias.

Por se ter desenvolvido uma aderência ao nível da comissura labial direita, consequência do processo inflamatório local, foi observado em consulta de Estomatologia, tendo sido sugerido desbridamento que o doente recusou.

Dada a exuberância e duração prolongada do quadro foi efectuada terapêutica com valaciclovir durante 10 dias com melhoria. Por se ter admitido sobre-infecção das úlceras da cavidade oral por *Candida* foi ainda efectuada terapêutica com fluconazol durante 7 dias, bem como utilizada solução oral com uma associação de lidocaína, cloridrato de benzidamina e nistatina. Por indicação da Dermatologia manteve-se ainda hidrata-



Imagem das lesões dos pés

FIG. 3

ção da pele envolvida e para alívio da sintomatologia associada às lesões orais foi usada uma solução à base de clorexidina e uma loção contendo sulfato de zinco, sulfato de cobre e sucralfato.

O doente teve alta ao 17º dia de internamento clínica e analiticamente melhorado com indicação para ser reavaliado em consultas de Medicina Interna, Dermatologia e Estomatologia.

DISCUSSÃO

Apesar das crianças com idade inferior a 10 anos serem as mais susceptíveis à DMPB, os adultos com algum grau de imunossupressão também podem ser afectados.^{7,8} A particularidade deste caso reside, não só no facto da doença atingir um doente sem compromisso da imunidade, como na exuberância e duração prolongada das manifestações clínicas. Este aspecto poderá sugerir que a DMPB, como outras doenças exantemáticas da infância, possa exibir uma maior gravidade clínica nos adultos comparativamente às crianças.

As lesões da cavidade oral podem surgir simultaneamente, preceder as lesões cutâneas, ou mesmo surgir isoladas (herpangina), no entanto, no adulto a ocorrência simultânea de lesões nos pés, mãos e boca, como no caso descrito, é rara.⁷

Apesar do isolamento do vírus ser considerado o “gold standard” para o diagnóstico, na maioria dos casos o diagnóstico é feito com base na apresentação clínica.⁷

Neste caso, o diagnóstico foi efectuado com base no quadro clínico característico, tendo a serologia para enterovírus sido negativa. Esta serologia, realizada no Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, consiste

na pesquisa de anti-corpos contra vírus respiratórios e alguns enterovírus, nos quais não se incluem o enterovírus 71 e o vírus coxsackie A16, principais agentes da DMPB. São pesquisados por esta serologia apenas anti-corpos anti coxsackie A9 e B1, B2, B3, B4, B5 e B6. Não foram realizadas culturas para pesquisa do vírus ou PCR para pesquisa do vírus nas fezes, que teriam sido os métodos mais adequados para confirmar o diagnóstico.

Atendendo ao compromisso da alimentação e hidratação do doente, assim como à maior duração da sintomatologia, optou-se por tratar o doente com valaciclovir, ainda que não esteja comprovada a sua utilidade terapêutica. No entanto, nos casos em que o curso da doença se prolonga, sobretudo se existirem complicações, ou em doentes imunodeprimidos poderá haver lugar para terapêutica anti-viral.⁸

Com este trabalho os autores pretendem alertar para a possibilidade desta doença característica da infância, também poder afectar os adultos, devendo ser considerada no diagnóstico diferencial de infecções virais. ■

Bibliografia

1. John F Modlin. Clinical manifestations and diagnosis of enterovirus and parechovirus infections. In uptodate.com 2011.
2. Robinson CR, Doane FW, Rhodes AJ. Report of an outbreak of febrile illness with pharyngeal lesions and exanthem: Toronto, summer 1957; isolation of group A Coxsackie virus. *Can Med Assoc J* 1958;79:615-621.
3. Kow-Tong Chen, Hsiao-Ling Chang, Shan-Tair Wang, Yan-Tzong Cheng and Jyh-Yuan Yang. Epidemiologic Features of Hand-Foot-Mouth Disease and Herpangina Caused by Enterovirus 71 in Taiwan, 1998 -2005. *Pediatrics* 2007;120:244.
4. Frydenberg A, Starr M. Hand, foot and mouth disease. *Aust Fam Physician*. 2003;32:594-595.
5. Carol Yu. Human enterovirus 71 and hand, foot and mouth disease. *Epidemiol Infect* 2010;138: 1071–1089.
6. <http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/revb/Enterovirus/hfmd-qa.htm> (Acedido em Fevereiro, 2012).
7. Shin J, Sang Ho Oh, Ju Hee Lee. A Case of Hand-foot-mouth Disease in an Immunocompetent Adult. *Ann Dermatol* 2010; 22: 216-218.
8. Faulkner CF, Godbolt AM, DeAmbrosio B, Triscott J. Hand, foot and mouth disease in an immunocompromised adult treated with aciclovir. *Australas J Dermatol*. 2003; 44:203-206.