

DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

NA INFÂNCIA

10 Casos Clínicos Interativos

1. Sarampo

2. Rubéola

3. Roséola

4. Varicela

5. Eritema Infeccioso

6. Escarlatina

7. Mão-Pé-Boca

8. Dengue

9. Kawasaki

10. Mononucleose

Dr. José Roberto Stefani — Gestão e Docência · 5º Ano Internato de Pediatria · UNIMAX 2026

Para cada caso: Apresentação do caso → Ilustrações clínicas → Respostas comentadas

1

CASO CLÍNICO

Paciente: João, 2 anos



História Clínica

Febre alta há 4 dias, coriza, conjuntivite e tosse. Hoje surgiram manchas vermelhas no rosto que se espalharam pelo corpo. Criança não vacinada.



Exame Físico

- **Exantema maculopapular eritematoso iniciado na face → tronco e membros**
- **Manchas de Koplik na mucosa oral**



Questões para Discussão

1

Qual o diagnóstico mais provável?

2

Quais as principais complicações?

3

Qual exame confirma o diagnóstico?

4

Qual o manejo inicial?

5

Como prevenir em contatos próximos?



CASO 1 · SARAMPO — Respostas

1

Diagnóstico

Sarampo (Morbillivirus)

2

Complicações

Pneumonia, encefalite, otite média

3

Confirmação

Sorologia — IgM anti-sarampo

4

Manejo

Suporte + Vitamina A (200.000 UI × 2 dias)

5

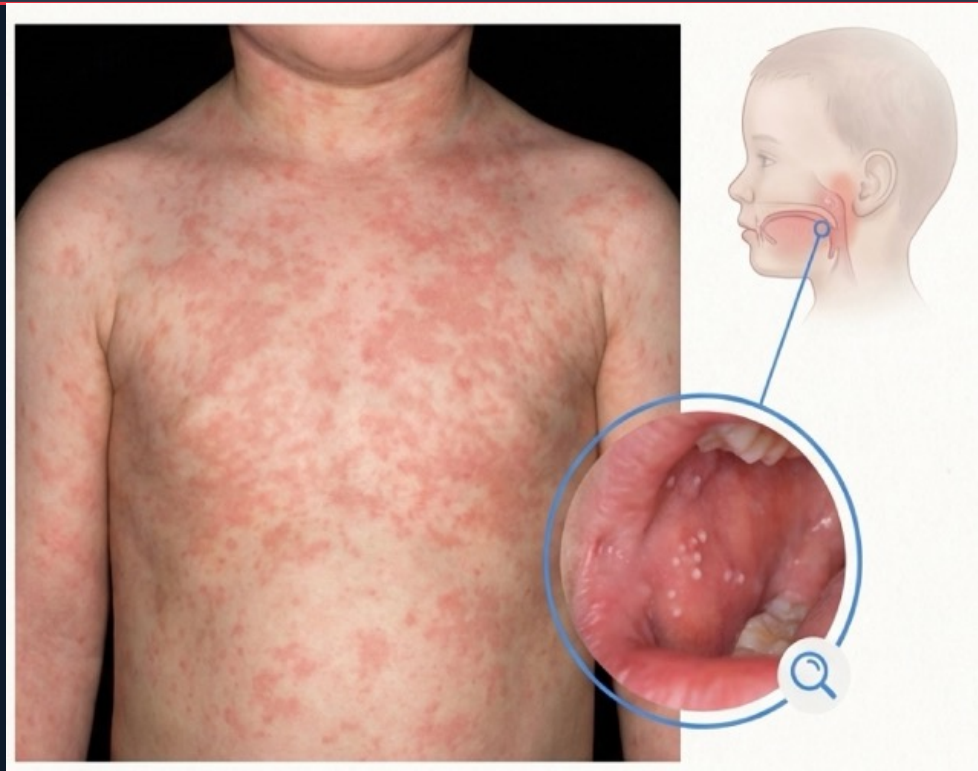
Prevenção de contatos

Vacinação SCR em até 72h do contato



PONTO-CHAVE: Vitamina A reduz mortalidade. Notificação IMEDIATA. Koplik = patognomônico.

CASO 1 · SARAMPO — Ilustrações Clínicas



**Exantema maculopapular +
Conjuntivite bilateral + Tosse**



Sinal de Koplik — patognomônico

2

CASO CLÍNICO

Paciente: Clara, 12 anos



História Clínica

Febre baixa e erupção cutânea iniciada no rosto com rápida disseminação para o tronco. Relata dor de garganta e aumento de linfonodos atrás das orelhas.



Exame Físico

- **Exantema maculopapular rosado**
- **Linfadenopatia retroauricular bilateral**



Questões para Discussão

1

Qual o diagnóstico mais provável?

2

Como diferenciar rubéola de sarampo?

3

Qual a principal complicação na gravidez?

4

Qual o manejo?

5

Qual a importância da vacinação?



CASO 2 · RUBÉOLA — Respostas

1

Diagnóstico

Rubéola (Togavirus)

2

Diferença do sarampo

Febre baixa + linfonodo retroauricular (rubéola)

3

Complicação na gravidez

Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)

4

Manejo

Suporte sintomático

5

Vacinação

SCR/VASPR previne SRC — vacinar mulheres em idade fértil



Notificação compulsória.

Rubéola Congenita: cardíaco, ocular, auditivo, neurológico (risco 80 a 90% no 1º trim.).

CASO 2 · RUBÉOLA — Ilustrações Clínicas



Exantema róseo + Linfonodomegalia retroauricular (sinal de Forchheimer)

3

CASO CLÍNICO

Paciente: Lucas, 1 ano



História Clínica

Febre alta súbita (39°C) por 3 dias, sem outros sintomas. Hoje a febre cessou, mas surgiu exantema.



Exame Físico

- Exantema maculopapular rosado, não pruriginoso, iniciado no tronco
- Espalhando para o rosto
- Restante do exame físico normal



Questões para Discussão

1

Qual o diagnóstico mais provável?

2

Qual agente etiológico está associado?

3

Como é feito o diagnóstico?

4

Qual o manejo recomendado?

5

Quais complicações podem ocorrer?



CASO 3 · ROSÉOLA — Respostas

1

Diagnóstico

Exantema Súbito — Roséola Infantum

2

Agente etiológico

Herpesvírus Humano tipo 6 (HHV-6)

3

Diagnóstico

Clínico (febre → defervescência → exantema)

4

Manejo

Suporte sintomático — antitérmico

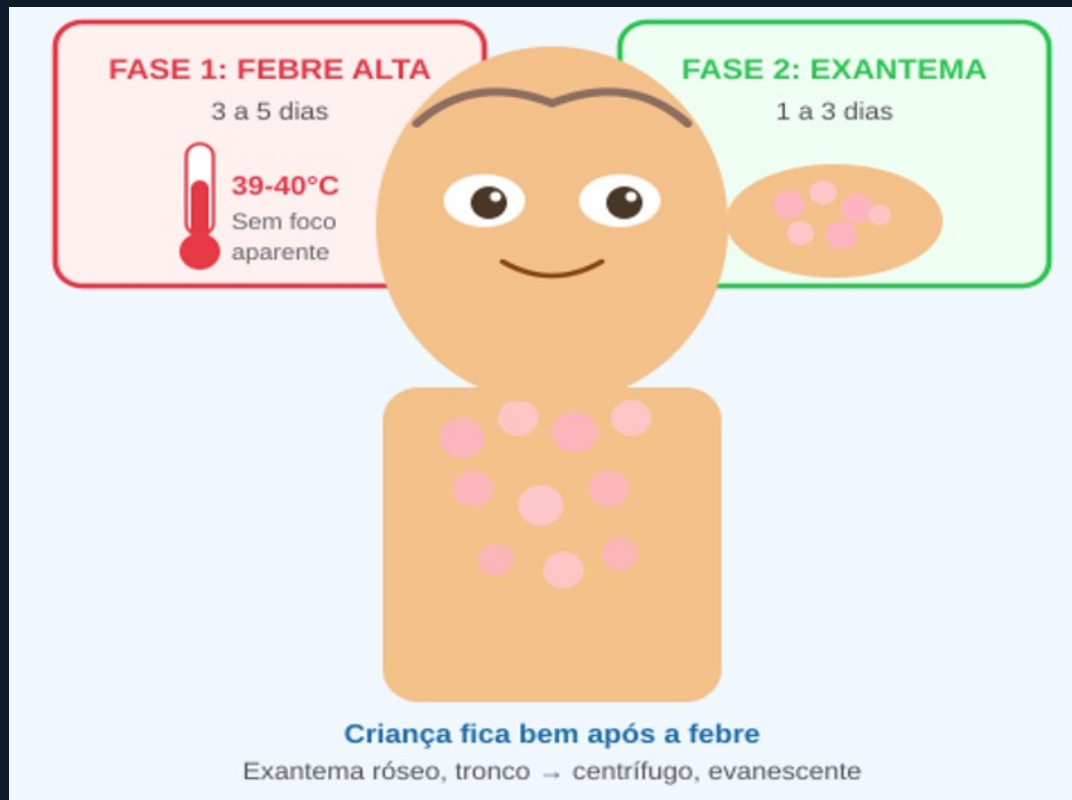
5

Complicações

Convulsões febris (~30% dos casos)

★ **PONTO-CHAVE:** Padrão clássico: febre alta 3-5 dias → melhora súbita → aparece o exantema. Pico: 6-12 meses.

CASO 3 · ROSÉOLA ou EXANTEMA SUBITO — Ilustrações Clínicas



Febre alta (3-5 dias) → Defervescência → Exantema róseo no tronco

4

CASO CLÍNICO

Paciente: Beatriz, 4 anos



História Clínica

Febre e lesões na pele que começaram como manchas e evoluíram para vesículas e algumas romperam e estão com crostas.



Exame Físico

- **Lesões vesiculares em 'gotas de orvalho sobre pétalas de rosa'**
- **Prurido intenso**
- **Lesões em vários estágios simultâneos**



Questões para Discussão

1

Qual o diagnóstico mais provável?

2

Quais complicações podem ocorrer?

3

Qual o manejo inicial?

4

Quem deve receber antiviral?

5

Como prevenir em contatos?



CASO 4 · VARICELA — Respostas

1

Diagnóstico

Varicela (VZV — Vírus Varicela-Zóster)

2

Complicações

Infecção bacteriana (lesões maiores com secreção purulenta e hiperemia: Risco de septicemia), pneumonia, encefalite

3

Manejo

Antipiréticos, calamine, anti-histamínicos

4

Antiviral

Imunossuprimidos, risco elevado: Aciclovir IV

5

Prevenção

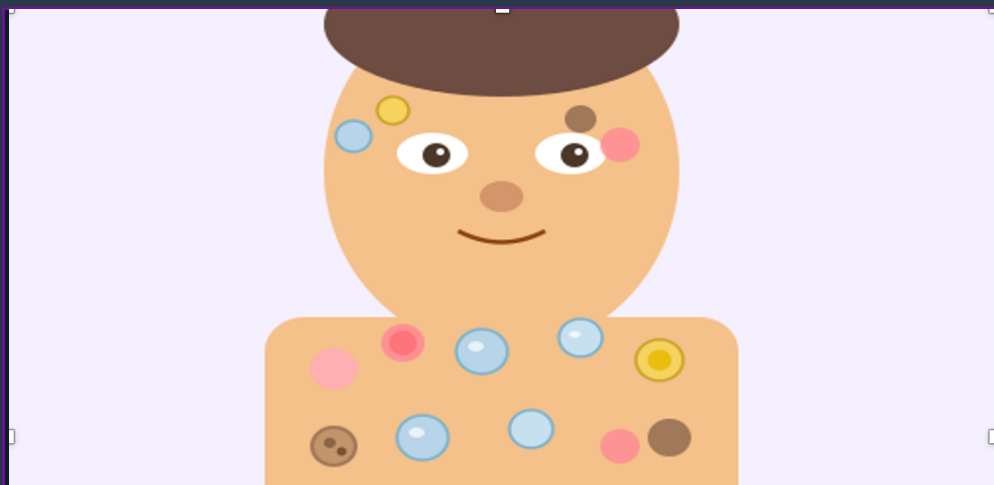
Vacina pós-exposição < 72-120h ou IGVZ



PONTO-CHAVE: EVITAR AAS (Síndrome de Reye).

Polimorfismo = lesões em todos os estágios ao mesmo tempo.

CASO 4 · VARICELA — Ilustrações Clínicas



Mácula



Vesícula



Pústula



Crosta

VARICELA — Polimorfismo Lesional

Lesões em diferentes estágios simultaneamente (distribuição centrípeta)

PETÉQUIAS e PÚRPURA — SINAL DE ALARME

Imunodeprimidos: Risco de varicela hemorrágica — petéquias e púrpura



5

CASO CLÍNICO

Paciente: Marcos, 8 anos



História Clínica

Exantema facial semelhante a 'face esbofetada', com lesões reticuladas no tronco e membros. Não há febre atual, mas teve febre baixa há 3 dias.



Exame Físico

- **Exantema eritematoso em bochechas (malar bilateral).**
- **Exantema reticulado em tronco e extremidades.**



Questões para Discussão

1

Qual o diagnóstico mais provável?

2

Qual o agente etiológico?

3

Quais complicações estão associadas?

4

Como é feito o manejo?

5

Em que situação pode ser grave?

✓ CASO 5 · ERITEMA INFECCIOSO — Respostas

1

Diagnóstico

Eritema Infeccioso — 5ª Doença

2

Agente etiológico

Parvovírus B19

3

Complicações

Crise aplástica, hidropisia fetal

4

Manejo

Suporte sintomático — autolimitado

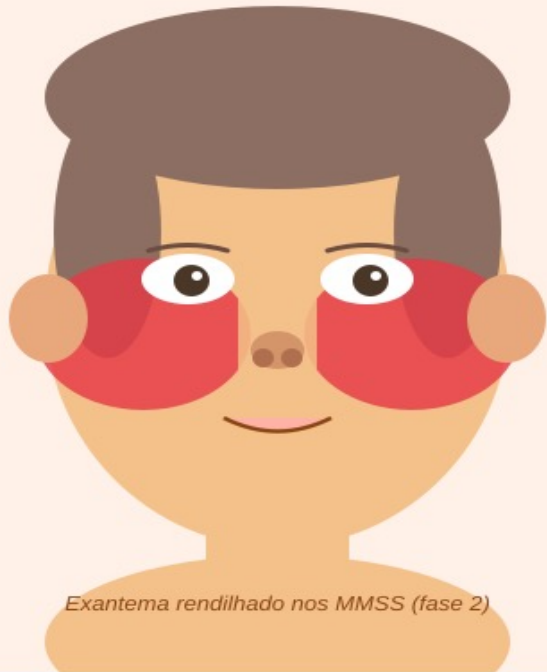
5

Grupos de risco

Imunossuprimidos e gestantes — risco grave

★ **PONTO-CHAVE:** Contagioso ANTES do exantema.
'Rosto esbofeteado' com exantema rendilhado = diagnóstico clínico.

CASO 5 · ERITEMA INFECCIOSO — Ilustrações Clínicas



5ª DOENÇA — Eritema Infeccioso (Parvovírus B19)

"Rosto esbofeteado" — eritema malar bilateral, poupa região nasal

'Rosto Esbofeteado'
eritema malar bilateral,
poupa região nasal



6

CASO CLÍNICO

Paciente: Julia, 9 anos



História Clínica

Febre, dor de garganta e exantema avermelhado que começou no tronco e se espalhou.



Exame Físico

- Língua em framboesa/morango
- Exantema eritematoso áspero, poupando palmas e plantas
- Linfonodos cervicais aumentados



Questões para Discussão

1

Qual o diagnóstico mais provável?

2

Qual o agente etiológico?

3

Quais exames confirmam?

4

Qual o tratamento inicial?

5

Quais complicações tardias?



CASO 6 · ESCARLATINA — Respostas

1

Diagnóstico

Escarlatina

2

Agente

Streptococcus pyogenes (GABHS — Grupo A)

3

Exames

Swab de orofaringe (cultura ou teste rápido)

4

Tratamento

Penicilina 10 dias (ou Amoxicilina)

5

Complicações tardias

Febre Reumática Aguda · GNPE

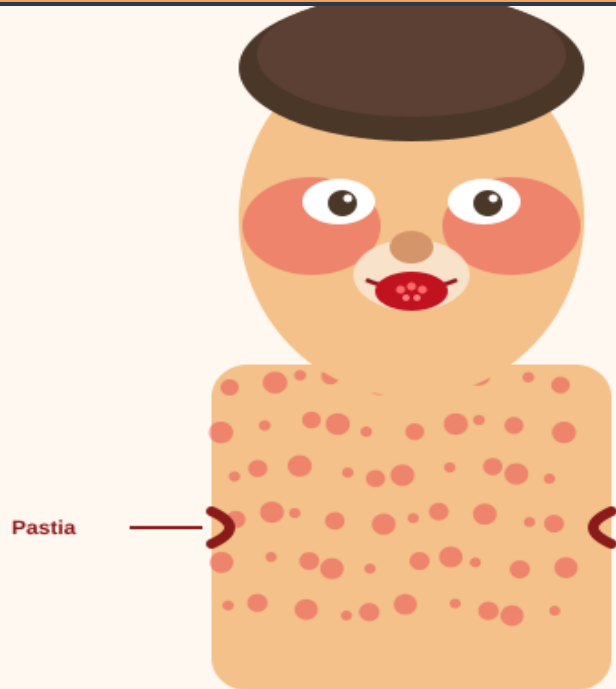


PONTO-CHAVE: Tratar 10 dias completos.

O tratamento previne a febre reumática e não previne a GNPE

Febre Reumática: profilaxia secundária com Benzatina a cada 21 dias.

CASO 6 · ESCARLATINA — Ilustrações Clínicas



ESCARLATINA — Exantema + Língua Framboesa

Sinal de Filatov (palidez peribucal) + Linhas de Pastia

**Língua framboesa + Sinal de Filatov
(palidez peribucal) + Linhas de Pastia**



7

CASO CLÍNICO

Paciente: Ana, 4 anos



História Clínica

Febre, vesículas dolorosas na boca e lesões maculopapulares em mãos e pés.



Exame Físico

- **Vesículas na mucosa oral**
- **Lesões vesiculares nas mãos e pés**
- **Criança recusa alimentação por dor oral**



Questões para Discussão

1

Qual o diagnóstico mais provável?

2

Qual agente etiológico mais comum?

3

Como é feito o manejo?

4

Quais complicações podem ocorrer?

5

Como prevenir?

✓ CASO 7 · DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA — Respostas

1

Diagnóstico

Doença Mão-Pé-Boca

2

Agente mais comum

Coxsackie A16 (Enterovírus)

3

Manejo

Suporte, hidratação, analgesia oral

4

Complicações

Meningite viral, encefalite (EV-A71)

5

Prevenção

Higiene adequada — lavagem de mãos



PONTO-CHAVE: EV-A71 causa formas graves com encefalite. Sem vacina disponível no Brasil. Transmissão fecal-oral.

CASO 7 · DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA — Ilustrações Clínicas



DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA

Coxsackie A16 · Vesículas em mãos, pés e mucosa oral



Doença Mão-Pé-Boca
Coxsackievirus A16 (principal)
e Enterovírus 71

Tríade clássica: Vesículas em mãos, pés e mucosa oral.

8

CASO CLÍNICO

Paciente: Carlos, 10 anos



História Clínica

Febre alta há 3 dias, mialgia, cefaleia e exantema maculopapular. Refere dor retroorbitária intensa.



Exame Físico

- **Exantema maculopapular generalizado**
- **Prova do laço positiva**
- **Ausência de sinais hemorrágicos graves**



Questões para Discussão

1

Qual o diagnóstico mais provável?

2

Quais exames confirmam?

3

Qual o manejo inicial?

4

Quais sinais de gravidade?

5

Como prevenir novos casos?



CASO 8 · DENGUE — Respostas

1

Diagnóstico

Dengue Clássica

2

Exames

Sorologia, NS1, hemograma (plaquetopenia, hematócrito ↑)

3

Manejo

Hidratação oral ou IV conforme classificação

4

Sinais de gravidade

Sangramentos, choque, falência orgânica

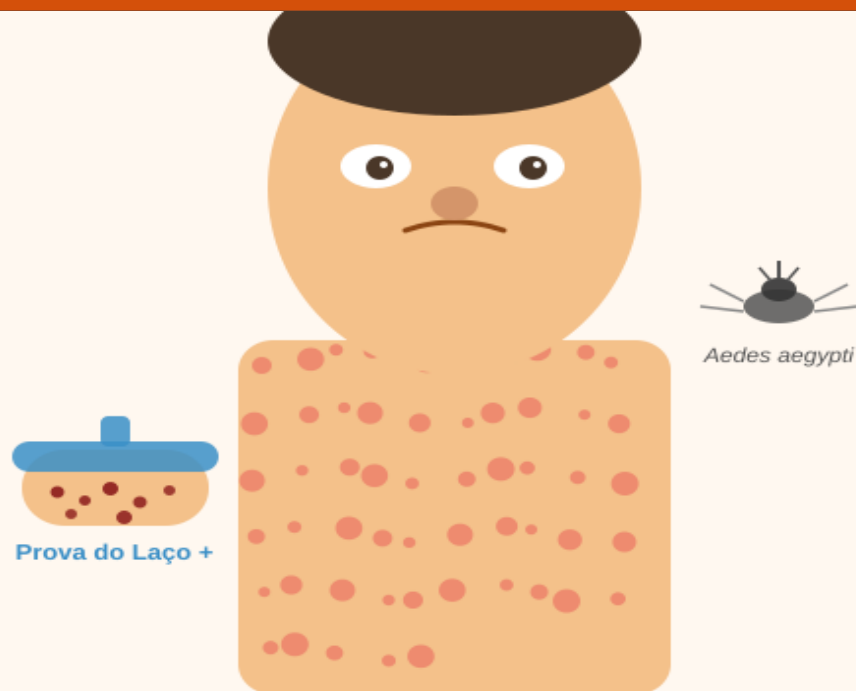
5

Prevenção

Controle do vetor — eliminar criadouros do Aedes

★ **PONTO-CHAVE: Prova do Laço: ≥ 20 petéquias por polegada quadrada = positiva. Não prescrever aspirina (AAS). Notificação compulsória.**

CASO 8 · DENGUE — Ilustrações Clínicas



DENGUE

Exantema maculopapular + Prova do Laço positiva + *Aedes aegypti*

Exantema + Prova do Laço positive
Vetor: *Aedes aegypti*



9

CASO CLÍNICO

Paciente: Ana, 4 anos



História Clínica

Febre persistente há 6 dias, conjuntivite, exantema e lábios vermelhos e fissurados.



Exame Físico

- Exantema polimórfico
- Edema em mãos e pés
- Linfonodomegalia cervical unilateral
- Língua em framboesa



Questões para Discussão

1

Qual o diagnóstico mais provável?

2

Quais os critérios diagnósticos?

3

Qual o manejo inicial?

4

Quais exames são necessários?

5

Qual a complicação mais temida?



CASO 9 · KAWASAKI — Respostas

1

Diagnóstico

Síndrome de Kawasaki

2

Critérios diagnósticos

Febre $\geq 5d$ + 4/5: conjuntivite, rash, mucosa oral, extremidades, linfonodo

3

Manejo

IGIV 2g/kg dose única + AAS + internação

4

Exames

Ecocardiograma (basal, 2ª semana, 6-8 semanas)

5

Complicação mais temida

Aneurismas coronarianos

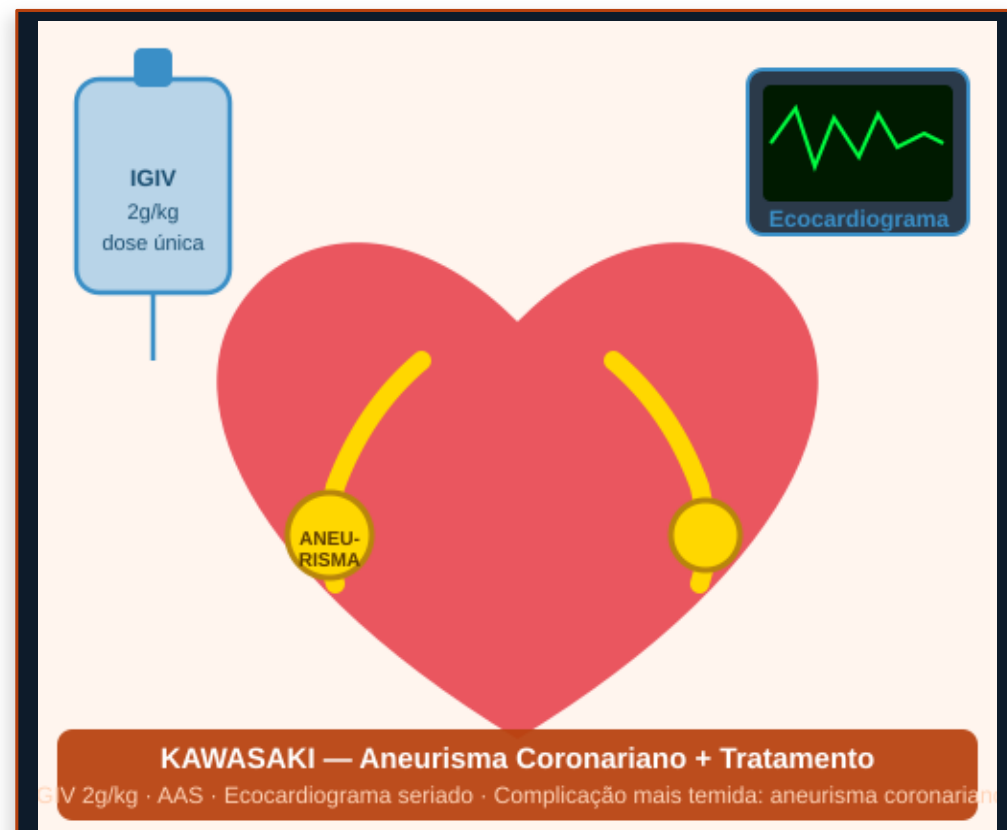


**PONTO-CHAVE: IGIV até 10º dia reduz aneurisma de 25% para < 5%.
Principal vasculite da infância. Diagnóstico CLÍNICO.**

CASO 9 · KAWASAKI — Ilustrações Clínicas



5 Critérios: febre + conjuntivite + mucosa oral e lábios + exantema + extremidades



**Complicação: aneurisma coronariano —
Tratamento: IGIV 2g/kg + AAS**

CASO 9 · KAWASAKI — Ilustrações Clínicas

ESCARLATINA

Tipo de Lesão

Exantema **escarlatiniforme** (micropápulas vermelhas) com textura de 'pele em lixa'.

Sinais Associados

- **Sinal de Pastia:** Linhas vermelhas acentuadas nas dobras cutâneas.
- **Sinal de Filatov:** Palidez perioral.
- **Língua em framboesa** (vermelha ou branca).



KAWASAKI

Tipo de Lesão

Exantema **polimórfico** (variado, pode mimetizar outras condições).

Sinais Associados

- Lábios vermelhos e rachados.
- Edema e eritema em mãos e pés.
- Conjuntivite não exsudativa, linfadenopatia cervical.



10

CASO CLÍNICO

Paciente: Luiza, 12 anos



História Clínica

Febre, dor de garganta e exantema generalizado após iniciar amoxicilina para faringite.



Exame Físico

- **Exantema maculopapular difuso**
- **Linfonodomegalias cervicais bilaterais**
- **Hepatoesplenomegalia**



Questões para Discussão

1

Qual o diagnóstico mais provável?

2

Qual o agente etiológico?

3

Qual a causa do exantema?

4

Qual o manejo inicial?

5

Quais orientações para evitar complicações?



CASO 10 · MONONUCLEOSE — Respostas

1

Diagnóstico

Mononucleose Infecciosa

2

Agente etiológico

Vírus Epstein-Barr (EBV)

3

Causa do exantema

Rash desencadeado pela amoxicilina (não é alergia)

4

Manejo

Suporte — evitar antibióticos desnecessários

5

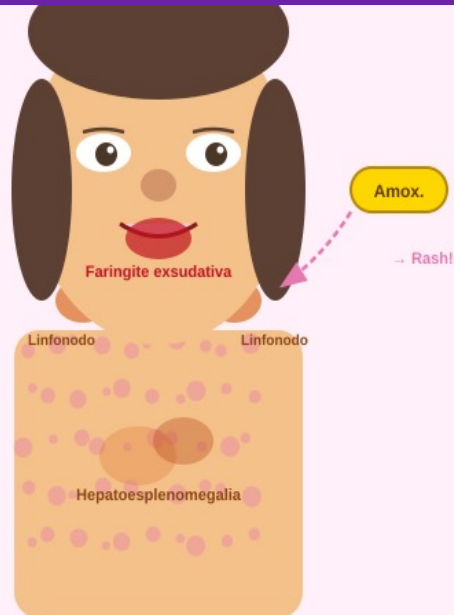
Prevenção de complicações

Evitar esportes de contato (risco de ruptura esplênica)



PONTO-CHAVE: Rash pós-amoxicilina em EBV NÃO é alergia!.
Tríade: faringite + linfonodomegalia + hepatoesplenomegalia.

CASO 10 · MONONUCLEOSE — Ilustrações Clínicas



MONONUCLEOSE INFECCIOSA

EBV · Rash pós-amoxicilina · Faringite · Linfonodomegalia · Hepatoesplenomegalia

**Rash pós-amoxicilina +
Faringite exsudativa +
Hepatoesplenomegalia**



FIM DOS CASOS CLÍNICOS

1

Sarampo

2

Rubéola

3

Roséola

4

Varicela

5

Eritema Infeccioso

6

Escarlatina

7

Mão-Pé-Boca

8

Dengue

9

Kawasaki

10

Mononucleose

"Para o diagnóstico é preciso ver os detalhes."

REVISÃO

DOENÇAS EXANTEMÁTICAS NA CRIANÇA

Preparatório para o ENAMED

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra · Neonatologista · Professor de Pediatria
CRM/SP 43.076 | Centro Universitário Max Planck

*Baseado exclusivamente em publicações do
Ministério da Saúde do Brasil*

CLASSIFICAÇÃO DOS EXANTEMAS

Maculopapular / Morbiliforme

Máculas eritematosas 3–10 mm
permeadas por pele sã
→ Sarampo, dengue, mononucleose

Escarlatiniforme

Eritema difuso puntiforme
aspecto de lixa, sem solução
→ Escarlatina (típico)

Rubeoliforme

Semelhante ao morbiliforme,
coloração rósea, pápulas menores
→ Rubéola, enterovirose

Urticariforme

Papuloeritematoso, contornos
irregulares
→ Drogas, alergias, mono

Papulovesicular

Máculas → vesículas → pústulas
→ crostas
→ Varicela (polimorfismo)

Petequial / Purpúrico

Distúrbios vasculares
± plaquetopênicos
→ Febre maculosa, dengue grave



MS (2018): O exantema maculopapular é a manifestação mais comum nas doenças infecciosas sistêmicas. Mais frequentemente associado a vírus, mas também observado em doenças bacterianas, parasitárias, riquetsioses e intoxicações medicamentosas.

SARAMPO

 NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

EPIDEMIOLOGIA / TRANSMISSÃO

Agente: Morbivirus (família Paramixoviridae) — vírus RNA

Transmissão: aerossóis respiratórios — elevado contágio

Transmissibilidade: 4–6 dias ANTES ao 4º dia APÓS exantema

Vírus vacinal NÃO é transmissível

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Sorologia IgM específico (ELISA) — coletado até 28 dias após início do exantema

Caso suspeito: febre + exantema maculopapular + (tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite)

Histórico de viagem ou contato com caso nos últimos 30 dias

QUADRO CLÍNICO — 3 PERÍODOS

① Prodrômico (≈7 dias): febre alta $>38,5^{\circ}\text{C}$ + tosse + coriza + conjuntivite + fotofobia → Manchas de Koplik (enantema patognomônico — mucosa bucal)

② Exantema: maculopapular, vermelho vivo — início retroauricular → face → pescoço → tronco → membros (cefalo-caudal)

③ Remissão: declínio da febre; exantema escurece; descamação furfurácea

COMPLICAÇÕES

Mais frequentes em <2 anos, desnutridos e adultos jovens

Pneumonia bacteriana, OMA, laringotraqueobronquite, diarreia

PESS (panencefalite esclerosante subaguda): 6–12 anos após infecção

 **Manchas de Koplik são PATOGNOMÔNICAS** — surgem 1–2 dias ANTES do exantema (mucosa bucal, aspecto esbranquiçado). Ausência de exantema em imunodeprimidos não exclui sarampo. Tratamento: NÃO há específico. Prevenção: vacina tríplice viral (PNI).

RUBÉOLA & SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA (SRC)

NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

RUBÉOLA — QUADRO CLÍNICO

Agente: Rubivirus (Togaviridae) — curso benigno
Transmissão: secreções nasofaríngeas; contato com objetos contaminados (fezes, sangue, urina)
Incubação: 14–21 dias (média 17 dias)
Exantema: maculopapular róseo, início face → tronco → membros
Linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical posterior
(Crianças: geralmente SEM pródromos. Adultos: febre, cefaleia, artralgia)
Transmissibilidade: 5–7 dias ANTES até 5–7 dias APÓS o exantema

SÍNDROME RUBÉOLA CONGÊNITA (SRC)

Infecção materna no 1º trimestre → risco máximo de malformações

Tríade clássica: Catarata + Cardiopatia + Surdez

Outras: microftalmia, microcefalia, meningoencefalite, retardo mental, retinopatia

Aborto, natimorto e malformações múltiplas

Caso suspeito SRC: RN de mãe com rubéola confirmada/suspeita OU criança <12 meses com sinais de infecção congênita

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL & TRATAMENTO

Sorologia IgM (ELISA) — coletada até 28 dias após início do exantema
Caso suspeito: febre + exantema maculopapular + linfadenopatia retroauricular/occipital/cervical, independente da vacinação
Tratamento: NÃO há específico; sintomático. Prevenção: vacina tríplice viral (SCR) — 1–49 anos nas UBS (MS, PNI)

 **ENAMED:** A importância epidemiológica da rubéola está na SRC — doença relativamente benigna na criança, CATASTRÓFICA para o feto no 1º trimestre. Gestantes e imunodeprimidos: contraindicação vacinal (vacina de vírus vivo atenuado).

VARICELA (Catapora)

EPIDEMIOLOGIA

Agente: Vírus Varicela-Zóster (VVZ) — Herpesviridae
Altamente contagioso: aerossóis respiratórios + contato direto com lesões
Transmissibilidade: 2 dias ANTES até que TODAS as lesões estejam em crosta
Infecção materna no 1º/2º trimestre: risco de embriopatia

QUADRO CLÍNICO

Exantema papulovesicular POLIMÓRFICO — lesões em **TODOS os estágios simultaneamente: máculas → pápulas → vesículas → pústulas → crostas**
Prurido intenso, febre baixa, mal-estar
Lesões ubíquas: couro cabeludo, mucosas, genitais
Diagnóstico essencialmente clínico

COMPLICAÇÕES & GRUPOS DE RISCO

Imunocomprometidos	Formas graves, disseminação visceral, comprometimento do SNC
Gestantes	Varicela neonatal se infecção ≤5 dias antes / 2 dias após parto
Síndrome de Reye	Contraindicado AAS em quadros virais, especialmente varicela e influenza (MS, 2010)
Superinfecção bacteriana	S. pyogenes e S. aureus — complicação mais comum em crianças imunocompetentes

🔑 **PÉROLA: O POLIMORFISMO das lesões é característico** — todas as fases presentes simultaneamente. **NÃO** usar AAS (Síndrome de Reye). Tratamento: aciclovir em imunodeprimidos, lactentes <1 ano, grávidas e formas graves. Vacina: Tetraviral (15 meses, PNI).

ESCARLATINA — Doença Bacteriana

ETIOLOGIA & TRANSMISSÃO

Streptococcus pyogenes — beta-hemolítico grupo A (GABHS)
Mecanismo: toxina eritrogênica (pirogênica) → exantema
Transmissão: contato com secreções respiratórias
Faixa etária: 2–10 anos (principalmente)
Incubação: 2–5 dias
Transmissibilidade: 10–21 dias (não tratados); com antibiótico: 24h após início

DIAGNÓSTICO & COMPLICAÇÕES

Diagnóstico laboratorial: teste rápido (aglutinação de látex) em secreção de orofaringe
Cultura de orofaringe (padrão-ouro)
Complicações precoces (1–5 semanas): GNA pós-estreptocócica, Febre Reumática Aguda
Complicação tardia: Coreia de Sydenham, cardiopatia reumática

SINAIS CLÍNICOS — DECORAR!

Febre alta + faringoamigdalite	Início abrupto com membrana
Exantema escarlatiniforme	Eritema difuso puntiforme — aspecto de LIXA
Sinal de Filatov	PALIDEZ PERIBUCAL (em torno da boca)
Sinal de Pastia	Linhas nas DOBRAS DE FLEXÃO
Língua em framboesa	Papilas salientes — hiperemia
Descamação	Mãos e pés 'dedo de luva' — após 1 semana

TRATAMENTO

Penicilina V oral por 10 dias (1ª escolha)
Amoxicilina oral — opção prática pela posologia
Penicilina Benzatina IM — dose única (garantia de adesão)
Eritromicina / azitromicina: alérgicos à penicilina
Contactantes PORTADORES devem ser tratados (MS, 2018)
NÃO HÁ VACINA disponível

 **ENAMED:** Exantema com aspecto de LIXA + palidez peribucal (Filatov) + língua em framboesa = ESCARLATINA. Importância: complicações tardias incluem febre reumática (cardiopatia valvar) e GNA. Antibioticoterapia por 10 dias é MANDATÓRIA.

5ª DOENÇA (Parvovírus B19)

5ª DOENÇA — ERITEMA INFECCIOSO

EPIDEMIOLOGIA

- Agente: Parvovírus B19 — transmissão por secreções respiratórias e via vertical
- Faixa etária: 2–14 anos predominantemente
- Incubação: 4–20 dias
- Contágio: ANTES do exantema (já não é infectante quando surgem as lesões)

QUADRO CLÍNICO

- Fase 1 — Pródromo (febre baixa, cefaleia, mal-estar) → assintomático em crianças
- Fase 2 — 'BOCHECHAS ESBOFETADAS' (slapped cheeks): eritema malar bilateral com palidez perioral
- Fase 3 — Exantema rendilhado/reticulado em tronco, braços, nádegas, coxas
- Exantema: pruriginoso, simétrico, duração ~11 dias
- RECRUDESCE com calor, sol, esforço físico
- Atenção: crise aplástica em falcemia / anemia hemolítica; anemia crônica em imunocomprometidos

 MNEMÔNICO: **BOCHECHAS VERMELHAS** (Parvovírus B19) — sem transmissão quando surgem as lesões

6ª DOENÇA (Exantema Súbito)

6ª DOENÇA — EXANTEMA SÚBITO (Roséola)

EPIDEMIOLOGIA

- Agente: Herpesvírus Humano tipo 6 (HHV-6)
- Faixa etária: 6 meses – 3 anos (LACTENTES)
- Transmissão: saliva de adultos/crianças portadores assintomáticos
- Diagnóstico: essencialmente clínico

QUADRO CLÍNICO — PADRÃO TÍPICO

- FEBRE ALTA ($\geq 39^{\circ}\text{C}$) por 3–5 dias em criança com bom estado geral
- DEFERVESCÊNCIA ABRUPTA → surge exantema
- Exantema: maculopapular róseo/pálido, tronco com disseminação centrífuga, não pruriginoso, dura 1 a 3 dias
- **Exantema — coincide com melhora da febre**
- Crise febril convulsiva pode ocorrer (5–10% dos casos)
- NÃO HÁ VACINA disponível

🔑 MNEMÔNICO: FEBRE ALTA → exantema APÓS a febre ceder (HHV-6) — padrão 'inversão': exantema = sinal de melhora!

MONONUCLEOSE INFECCIOSA

MONONUCLEOSE (EBV)

- Agente: Vírus Epstein-Barr (herpesvírus) — 'doença do beijo'
- Transmissão: contato com saliva; objetos em crianças pequenas
- Incubação: 4–6 semanas; transmissibilidade por até 1 ano
- Quadro clínico: febre + linfadenopatia + amigdalite membranosa + esplenomegalia
- Exantema: variável e INCONSTANTE — surge principalmente com uso de ampicilina/amoxicilina

MONONUCLEOSE — DIAGNÓSTICO

- 50% dos casos: infecção subclínica ou assintomática
- IgM anti-VCA (cápside viral) — fase aguda
- IgG anti-EBNA (antígeno nuclear) — fase convalescente
- Leucocitose com linfocitose atípica ao hemograma
- NÃO HÁ vacina. Tratamento sintomático. Evitar esportes de contato (risco de ruptura esplênica)

🔑 ENAMED: Exantema COM AMOXICILINA/AMPICILINA em quadro de mono NÃO é alergia a penicilina real.

FEBRE MACULOSA BRASILEIRA

⚠ FEBRE MACULOSA BRASILEIRA — URGÊNCIA!

EPIDEMIOLOGIA

- Agente: *Rickettsia* sp. (rickettsiose) — bactéria intracelular obrigatória
- Vetor: picada de CARRAPATO infectado (*Amblyomma* spp.)
- Notificação compulsória — ELEVADA LETALIDADE (30–80% sem tratamento)
- Principais regiões: SP, MG, RJ, RS (MS, 2019)

QUADRO CLÍNICO E DIAGNÓSTICO

- Início abrupto: febre alta + cefaleia intensa + mialgia + prostração
- 2º–5º dia: exantema maculopapular → petéquias → equimoses → hemorragias
- Padrão CENTRÍPETO: membros inferiores → palmas e plantas (!!)
- Diagnóstico: RIFI (imunofluorescência indireta) — método de referência
- Trombocitopenia, elevação de transaminases, hiponatremia

🔑 ENAMED: Febre Maculosa: iniciar DOXICICLINA imediatamente (ou cloranfenicol em <8 anos) SEM aguardar confirmação laboratorial — o atraso aumenta mortalidade! Exantema em palmas/plantas.

DOENÇA DE KAWASAKI — Vasculite Sistêmica de Etiologia Desconhecida

EPIDEMIOLOGIA

- Vasculite de pequenos/médios vasos — principal causa de cardiopatia adquirida na infância
- Pico: 6 meses – 5 anos (80% <5 anos). Predomínio em meninos (1,5:1) e asiáticos
- Etiologia: desconhecida; provável resposta imune exagerada a agente infeccioso

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS (GVS/MS, 2019)

- FEBRE ≥ 5 dias (obrigatório) + ≥ 4 dos critérios:
- ① **Conjuntivite bilateral não purulenta**
- ② **Lábios/boca:** hiperemia, **fissuras**, língua em framboesa
- ③ Exantema polimorfo eritematoso (não vesicular)
- ④ Extremidades: eritema/edema $\rightarrow$ descamação periungueal
- ⑤ Linfadenopatia cervical ($\geq 1,5$ cm, geralmente unilateral)

COMPLICAÇÕES & TRATAMENTO

- Complicação mais grave: ANEURISMA DE ARTÉRIA CORONÁRIA — 15–25% dos casos sem tratamento (MS, 2019)
- Tratamento: IGIV 2 g/kg IV em dose única (urgente) + AAS 80–100 mg/kg/dia (fase aguda) $\rightarrow$ AAS 3–5 mg/kg/dia por 6–8 sem. (manutenção)
- Ecocardiograma: obrigatório no diagnóstico, 2 semanas e 6–8 semanas após o início
- Kawasaki INCOMPLETO: febre ≥ 5 dias + 2–3 critérios + alterações laboratoriais/ecocardiográficas compatíveis



KAWASAKI: Febre ≥ 5 d + ≥ 4 critérios $\rightarrow$ IGIV urgente para prevenir aneurisma coronariano

DOENÇA PÉ-MÃO-BOCA

EPIDEMIOLOGIA & CLÍNICA

- Agente: Coxsackievirus A16 (mais comum) e Enterovírus 71 (EV-71 — formas graves)
- Transmissão: contato com secreções respiratórias, fezes e vesículas
- Faixa etária: principalmente <5 anos; surtos em creches/escolas
- Pródromo (1–2 dias): febre baixa, mal-estar, odinofagia
- Enantema oral doloroso: vesículas/úlceras em palato, língua, mucosa jugal

EXANTEMA & CONDUTA

- Exantema: vesículas/pápulas em palmas, plantas e espaços interdigitais — NÃO pruriginosas
- Também pode acometer nádegas e joelhos
- Evolução benigna em 7–10 dias na maioria dos casos
- EV-71: risco de meningite asséptica, encefalite e edema agudo de pulmão neurogênico
- Tratamento: sintomático. NÃO há vacina disponível no PNI

 PÉ-MÃO-BOCA: vesículas NÃO pruriginosas em palmas/plantas/boca em <5 anos = Coxsackie A16

ARBOVIROSES COM EXANTEMA — Dengue · Chikungunya · Zika



CARACTERÍSTICA	DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA
Agente / Vetor	Flavivírus / Aedes aegypti	Alphavírus / Aedes aegypti	Flavivírus / Aedes aegypti
Febre	Alta (>38,5°C), abrupta, 3–7 dias, bifásica	Alta (>38,5°C), abrupta, 2–5 dias	Baixa ou ausente (37,8–38°C)
Exantema	Maculopapular eritematoso, petéquias, 'ilhas de pele sã'	Maculopapular generalizado, pruriginoso	Maculopapular difuso hiperemiado, pruriginoso
Artralgia	Intensa — mialgia, dor retroorbitária	POLIARTRALGIA INTENSA capacitante — característica	Leve a moderada
Sinal diferencial	Plaquetopenia, hemoconcentração, leucopenia	Artralgia incapacitante >febre; pode cronificar	Conjuntivite, edema; Microcefalia fetal (ZIKV congênito)
Complicação grave	Dengue grave: extravasamento plasmático, sangramento, disfunção orgânica	Artrite crônica na fase tardia	Síndrome de Guillain-Barré; Zika congênito — microcefalia

 ENAMED: Dengue = plaquetopenia + dor retroorbitária. Chikungunya = artralgia INCAPACITANTE (pode cronificar). Zika = conjuntivite + exantema leve + risco de microcefalia fetal e Guillain-Barré. Vetor comum: Aedes aegypti. Todas de NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Doença	Agente	Tipo exantema	Localização	Sinal Chave
Sarampo	Morbilivirus	Maculopapular morbiliforme	Cefalo-caudal	Manchas de Koplik (patognomônicas)
Rubéola	Rubivirus	Maculopapular róseo	Face→tronco→membros	Linfadenopatia retroauricular
Varicela	VVZ	Papulovesicular	Ubíqua + couro cabeludo	Polimorfismo simultâneo das lesões
Escarlatina	GABHS (toxina)	Escarlatiniforme (lixa)	Generalizado / poupa perioral	Sinal Filatov + língua framboesa
5ª doença	Parvovírus B19	Maculopapular rendilhado	Bochechas → tronco/membros	'Bochechas esbofeteadas'; sem contágio c/ lesões
6ª doença	HHV-6	Maculopapular róseo	Tronco→centrífugo	Exantema APÓS a febre ceder
Mononucleose	EBV	Variável/inconstante	Generalizado	Exantema com amoxicilina (≠alergia)
Febre Maculosa	Rickettsia sp.	Maculopapular→petequial	Membros→palmas/plantas	Carrapato; doxiciclina urgente
Kawasaki	Etiologia desconhecida	Polimorfo eritematoso	Generalizado + mucosas	Febre ≥5d + 4 critérios; aneurisma coronariano
Pé-Mão-Boca	Coxsackievirus A16 / EV-71	Vesicular (palmas, plantas)	Palmas + plantas + boca	Vesículas NÃO pruriginosas; EV-71 risco neurológico
Dengue	Flavivírus	Maculopapular ± petéquias	Tronco+membros	Plaquetopenia + dor retroorbitária
Chikungunya	Alphavírus	Maculopapular	Generalizado	Artralgia INCAPACITANTE
Zika	Flavivírus	Maculopapular pruriginoso	Difuso	Conjuntivite; microcefalia fetal

PREVENÇÃO — PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES (PNI / MS)

Tríplice Viral (SCR)

Protege contra: Sarampo + Rubéola + Caxumba

1ª dose: 12 meses | Reforço: 15 meses (Tetraviral)

Disponível 1–49 anos nas UBS. Contraindicada em gestantes e imunodeprimidos.

Tetraviral (SCRV)

Protege contra: SCR + Varicela

15 meses (substitui o reforço da Tríplice Viral)

Vacinas de vírus vivo atenuado — NÃO administrar em grávidas e imunodeprimidos.

Dengvaxia® (Dengue)

Protege contra: Dengue sorotipo 1–4

9–45 anos com sorologia IgG positiva prévia comprovada

Esquema: 3 doses (0, 6, 12 meses). Risco de dengue grave em soronegativos.

SEM vacina no PNI

Protege contra: Escarlatina, Febre Maculosa, Eritema Infeccioso, Exantema Súbito, Mononucleose, Chikungunya, Zika

Controle: tratamento precoce, vigilância epidemiológica, notificação compulsória e medidas de controle de vetor (*Aedes aegypti*).

QUESTÕES NO ESTILO ENAMED — Parte I

QUESTÃO 1

Criança de 4 anos apresenta febre alta por 3 dias, tosse produtiva, coriza intensa, conjuntivite e fotofobia. Ao exame, nota-se pequenas manchas esbranquiçadas na mucosa jugal. No 4º dia, surgem lesões maculopapulares avermelhadas iniciando na região retroauricular. O diagnóstico mais provável e a conduta correta são:

- A Varicela — iniciar aciclovir oral e antihistamínico tópico
- B Sarampo — notificação compulsória, tratamento sintomático e isolamento respiratório**
- C Rubéola — vacina tríplice viral como profilaxia pós-exposição
- D Escarlatina — amoxicilina por 10 dias e teste de látex para confirmação
- E Mononucleose — suspender penicilinas para evitar exantema medicamentoso

✓ RESPOSTA B: Manchas de Koplik (enantema patognomônico) + exantema cefalo-caudal = SARAMPO. Notificação compulsória obrigatória. Sem tratamento antiviral específico (MS, 2019).

QUESTÕES NO ESTILO ENAMED — Parte II

QUESTÃO 2

Criança de 7 anos apresenta febre alta de início abrupto, dor de garganta intensa e mal-estar há 3 dias. Ao exame: hiperemia de orofaringe com exsudato, língua com papilas salientes avermelhadas, exantema eritematoso difuso de aspecto pontilhado com sensação de lixa na palpação, palidez peribucal e linhas avermelhadas marcadas nas pregas axilares. Qual é o diagnóstico e qual complicação tardia mais grave deve ser prevenida com tratamento adequado?

- A Sarampo — pneumonia bacteriana como complicação principal
- B Varicela — encefalite varicela-zóster em imunodeprimidos
- C Escarlatina — Febre Reumática Aguda**
- D Mononucleose — ruptura esplênica como complicação grave
- E Rubéola — síndrome da rubéola congênita em gestantes susceptíveis

✓ RESPOSTA C: Sinal de Filatov + Pastia + língua em framboesa = ESCARLATINA (GABHS). Antibioticoterapia por 10 dias previne Febre Reumática (MS, 2018).

QUESTÃO 3 — Rápida!

Lactente de 10 meses com febre de 40°C por 4 dias, bom estado geral, sem outros sintomas. No 5º dia, febre cede abruptamente e surge exantema róseo maculopapular no tronco. Qual o diagnóstico?

A) Dengue

B) Eritema infeccioso (5ª doença)

C) Exantema súbito — Roséola (6ª doença)

QUESTÃO 4 & REFERÊNCIAS (MS)

QUESTÃO 4 — Alta Complexidade

Criança de 6 anos, vacinada, retorna de viagem ao interior de SP. Febre alta abrupta, cefaleia intensa, mialgia e prostração. No 3º dia, surge exantema maculopapular nos membros, com evolução para petéquias em palmas e plantas. Leucocitose, plaquetopenia e elevação de transaminases ao exame laboratorial. Qual é o diagnóstico e conduta IMEDIATA?

- A Dengue grave — hidratação venosa e monitorização hemodinâmica
- B Meningococcemia — ceftriaxona IV imediata e isolamento
- C Febre Maculosa Brasileira — doxiciclina (ou cloranfenicol <8 anos) IMEDIATAMENTE, sem aguardar confirmação laboratorial**
- D Chikungunya — anti-inflamatório e repouso
- E Varicela — aciclovir oral e isolamento por contato

✓ RESPOSTA C: Viagem ao interior SP + exantema centrípeto com petéquias em palmas/plantas = FEBRE MACULOSA. Tratar IMEDIATAMENTE — atraso aumenta mortalidade (MS, 2019).

REFERÊNCIAS — PUBLICAÇÕES EXCLUSIVAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL

1. Brasil. MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso. 8ª ed. Brasília: MS, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
2. Brasil. MS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 4ª ed. Brasília: MS, 2019. (Capítulos: Sarampo, Rubéola, Dengue, Chikungunya, Zika, Febre Maculosa, Varicela)
3. Brasil. MS/SES-SC. DIVE. Manual de Diagnóstico Diferencial das Doenças Exantemáticas Febris. Florianópolis: SES-SC, 2018
4. Brasil. MS. Programa Nacional de Imunizações (PNI) — Calendário Vacinal da Criança. Brasília: MS, 2023. Disponível: saude.gov.br/pni
5. Brasil. MS. SINAN. Ficha de Investigação — Doenças Exantemáticas Febris (Sarampo/Rubéola). portalsinan.saude.gov.br
6. Brasil. MS. SVS. Boletim Epidemiológico — Doenças Exantemáticas. v. 50, n. 39, 2019; v. 51, n. 34, 2020

DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

Lesões Cutâneas — Diagnóstico Diferencial

Infecções Virais

Bacterianas

Imunológicas

Emergências

8 Doenças Essenciais

1. GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA

Viral — HSV

ETIOLOGIA

Vírus Herpes Simples tipo 1 (HSV-1). Primoinfecção mais comum em lactentes e pré-escolares (6 meses–5 anos). Transmissão por saliva e contato direto.

MANIFESTACOES CLINICAS

- Febre alta (39–40°C), irritabilidade, sialorréia intensa
- Vesículas e úlceras dolorosas em gengivas, mucosa oral e língua
- Gengivas edemaciadas, eritematosas, com sangramento fácil
- Linfadenomegalia submandibular • Recusa alimentar importante
- Duração: 7–14 dias

DIAGNOSTICO

Clínico. PCR/cultura viral se dúvida. Imunofluorescência direta da lesão.

TRATAMENTO

- Aciclovir VO 15 mg/kg/dose 5x/dia × 7d (início <72h)
- Analgesia: dipirona / ibuprofeno • Antisséptico oral
- Hidratação oral ou IV se recusa intensa
- Hospitalização se imunodeprimido ou desidratação grave

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Herpangina (palato/orofaringe posterior), SFM (mãos/pés/boca), aftas recorrentes, candidíase oral.

ALERTA CLINICO

Neonatos e imunodeprimidos: risco de herpes disseminado → aciclovir IV imediato. Evitar contato com RN.

1. GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA

Viral — HSV



2. HERPANGINA

Viral — Enterovírus

ETIOLOGIA

Enterovírus (Coxsackievírus A – tipos A2, A4, A5, A6 e outros).
Ocorre em surtos no verão/outono. Acomete principalmente 1–7 anos.

MANIFESTACOES CLINICAS

- Febre súbita (38–40°C) por 3–5 dias
- Odinofagia intensa
- Vesículas e úlceras pequenas (1–2 mm) em palato mole, úvula e pilares amigdalídeos ANTERIORES
- Ausência de lesões gengivais
- Recusa alimentar
- Geralmente autolimitada (5–7 dias)

DIAGNOSTICO

Clínico. PCR para enterovírus se necessário. Localização posterior distingue da estomatite herpética.

TRATAMENTO

- Suporte: analgesia (dipirona / ibuprofeno), hidratação oral
- Dieta fria/mole para alívio
- Não há antiviral específico
- Hospitalização rara (desidratação ou meningite asséptica)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Gengivoestomatite herpética (lesões anteriores/gengivais), tonsilite bacteriana, SFM.

ALERTA CLINICO

Vigilância para complicações: meningite asséptica, encefalite, paralisia flácida. Enterovírus 71 associado a formas graves.

2. HERPANGINA

Viral — Enterovírus



3. IMPETIGO BOLHOSO

Bacteriana

ETIOLOGIA

Staphylococcus aureus produtor de toxinas esfoliativas (exfoliatinas A e B). Mais comum em RN e lactentes (<2 anos). Autoinoculável.

MANIFESTACOES CLINICAS

- Bolhas flácidas, de conteúdo claro ou turvo, com halo eritematoso mínimo
- Localização: região periumbilical, fraldas, axilas, face
- Bolhas se rompem facilmente → crostas mel-douradas
- Sem febre ou febre baixa • Lesões indolores
- Colônias isoladas, geralmente <2 cm

DIAGNOSTICO

Clínico. Cultura da lesão se recorrente ou resistência. Não confundir com varicela ou pênfigo.

TRATAMENTO

- Lesões localizadas: mupirocina 2% tópica 3x/dia × 7–10 dias
- Lesões extensas ou sistêmicas: cefalexina VO 25–50 mg/kg/dia × 7d
- MRSA suspeito: clindamicina ou SMX-TMP
- Higiene local e isolamento de contato

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Impetigo não bolhoso (S. aureus + Strep.), varicela, pênfigo neonatal.

ALERTA CLINICO

Em RN pode evoluir para Síndrome da Pele Escaldada . Notificar surtos em berçário. Avaliar fonte adulta colonizada.

3. IMPETIGO BOLHOSO

Bacteriana



4. SÍNDROME DA PELE ESCALDADA ESTAFILOCÓCICA (SSSS)

Bacteriana — Grave

ETIOLOGIA

S. aureus fagotipo II, produtor de toxinas esfoliativas sistêmicas (ET-A/ET-B). Clivagem no estrato granuloso (desmoglina 1). Predomina em <5 anos e RN.

MANIFESTACOES CLINICAS

- Eritema difuso perioral, axilar → generalizado em 24–48h
- Sinal de Nikolsky positivo (esfoliação à leve pressão)
- Bolhas flácidas superficiais, grandes → grandes áreas desnudadas
- Febre alta, irritabilidade, dor cutânea intensa
- Mucosas POUPADAS (diferença do SJS)
- Aspecto de 'pele escaldada' após rotura das bolhas

DIAGNOSTICO

Clínico + Nikolsky +. Cultura: foco primário (nasofaringe, conjuntiva, umbigo). Biópsia: clivagem subcórnea. Hemograma, PCR, função renal.

TRATAMENTO

- Hospitalização + Oxacilina IV 150 mg/kg/dia (ou Clindamicina se MRSA)
- Cuidados de pele: curativos não aderentes, antissepsia suave
- Hidratação IV, analgesia, controle térmico
- Corticoides CONTRAINDICADOS

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Stevens-Johnson/NET (mucosas acometidas, causa medicamentosa, histologia diferente), queimadura, epidermólise bolhosa.

ALERTA CLINICO

Mortalidade ~3% em crianças (vs 60% em adultos). Monitorar hidratação, infecção secundária e sepse. Isolamento de contato obrigatório.

4. SÍNDROME DA PELE ESCALDADA ESTAFILOCÓCICA (SSSS)

Bacteriana — Grave



5. SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON (SJS) / NET

Imunológica — Urgência

ETIOLOGIA

Reação imunomediada (linfócitos T citotóxicos) tipo IV. Causas: medicamentos (anticonvulsivantes, sulfonamidas, alopurinol, penicilinas), infecções (Mycoplasma, HSV).

MANIFESTACOES CLINICAS

- Pródromos: febre, mal-estar, conjuntivite bilateral (1–3 dias antes)
- Lesões cutâneas: máculas eritematosas com centro necrótico/purpúrico (lesão em alvo atípica)
- Sinal de Nikolsky positivo • Nikolsky em pele aparentemente sã
- Mucosas SEMPRE acometidas: oral, ocular, genital
- SJS: <10% SCQ | NET: >30% SCQ (sobreposição 10–30%)

DIAGNOSTICO

Clínico. Biópsia: necrose epidérmica full-thickness (critério diferencial do SSSS). Hemograma, hepático, renal.

TRATAMENTO

- SUSPENDER imediatamente o medicamento suspeito
- UTI especializada (queimados) para NET
- Suporte: hidratação IV, nutrição, analgesia, cuidado ocular
- IVIG 1 g/kg/dia × 3d ou ciclosporina (evidência emergente)
- Corticoide: controverso, evitar em NET

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

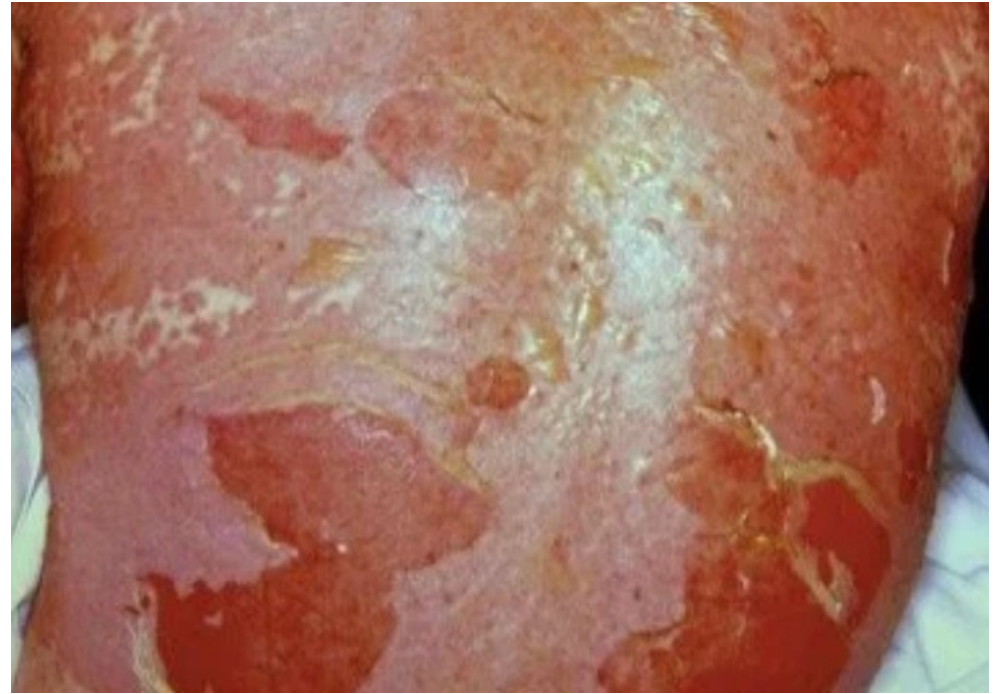
SSSS (mucosa preservada, histologia superficial), eritema multiforme maior, pênfigo vulgar.

ALERTA CLINICO

Mortalidade NET: 25–35%. Consulta oftalmológica urgente (sequelas oculares graves). Notificar ao SVIH/Farmacovigilância. Nunca reintroduzir o fármaco.

5. SÍNDROME DE STEVENS-JOHNSON (SJS) / NET

Imunológica — Urgência



6. PÚRPURA DE HENOCCH-SCHÖNLEIN (PHS / IgAV)

Vasculite — IgA

ETIOLOGIA

Vasculite mediada por IgA (IgA Vasculitis). Depósito de IgA1 em pequenos vasos. Desencadeada por IVAS (Strep., adenovírus), vacinas, medicamentos. Pico: 4–6 anos.

MANIFESTACOES CLINICAS

- Púrpura palpável (petéquias/equimoses) em MMII e nádegas — lesão PATOGNOMÔNICA
- Artrite/artralgia: joelhos e tornozelos (75%)
- Dor abdominal tipo cólica (50–75%) — risco de intussuscepção
- Nefrite: hematúria/proteinúria (20–50%)
- Edema escrotal nos meninos

DIAGNOSTICO

Clínico. Urinálise (hematúria), função renal, IgA sérica elevada (50%). Biópsia de pele: IgA em IF. Critérios EULAR/PReS.

TRATAMENTO

- Suporte: AINEs para artralgia, hidratação
- Prednisona 1–2 mg/kg/dia: dor abdominal grave ou artrite intensa
- Nefrite grave: imunossupressão (micofenolato, azatioprina)
- Repouso na fase aguda • Seguimento renal por 6–12 meses

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

PTI (sem artralgia/dor abdominal, plaquetas baixas), meningococemia (petéquias ± sepse), outras vasculites.

ALERTA CLINICO

Monitorar função renal semanalmente por 1 mês (risco de GN). Intussuscepção: cirurgia de urgência. Recorrência em 30% nos 6 primeiros meses.

6. PÚRPURA DE HENOCCH-SCHÖNLEIN (PHS / IgAV)

Vasculite — IgA



7. PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)

Hematológica

ETIOLOGIA

Destruição autoimune de plaquetas por anticorpos anti-GPIIb/IIIa. Frequentemente pós-viral (IVAS, varicela, sarampo) ou pós-vacinal. Pico: 2–5 anos.

MANIFESTACOES CLINICAS

- Petéquias e equimoses de início súbito, sem trauma proporcional
- Distribuição difusa (não gravitacional) — ausência de púrpura palpável
- Sangramento mucoso: epistaxe, gengivorragia, hematúria
- Criança em bom estado geral (diferencial importante!)
- Esplenomegalia incomum • Sem febre, sem linfadenomegalia

DIAGNOSTICO

Hemograma: plaquetas $<100.000/\text{mm}^3$ (geralmente <20.000 no agudo); demais séries normais. Esfregaço: plaquetas grandes. Mielograma apenas se atípico.

TRATAMENTO

- Plaquetas >20.000 sem sangramento: observação (resolução espontânea em 80%)
- IVIG 0,8–1 g/kg dose única (resposta rápida)
- Prednisona 2 mg/kg/dia $\times$ 14d
- Sangramento grave: IVIG + corticoide + plaquetas (se risco de vida)
- Anti-D (Rh+): alternativa

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

PHS (púrpura palpável MMII), meningococemia (sepse + petéquias), leucemia (bicitopenia/pancitopenia), trombocitopenia neonatal.

ALERTA CLINICO

Hemorragia intracraniana: $<1\%$ mas fatal. Indicações de tratamento urgente: plaquetas <10.000 ou sangramento mucoso ativo. Evitar AAS/AINEs.

7. PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA IMUNE (PTI)

Hematológica



8. PETÉQUIAS E PÚRPURA POR MENINGOCOCEMIA

EMERGÊNCIA

ETIOLOGIA

Neisseria meningitidis (sorogrupos B, C, W135, Y). Bacteremia → endotoxina → CIVD → oclusão vascular. Pico em <5 anos; todas as idades.

MANIFESTACOES CLINICAS

- Petéquias/púrpura de progressão RÁPIDA (horas!) — lesões não desaparecem à vitropressão
- Febre alta + prostração grave (toxemia) — CRIANÇA DOENTE
- Choque séptico: hipotensão, taquicardia, má perfusão, rebaixamento
- Lesões purpúricas confluentes, necróticas (purpura fulminans)
- Rigidez de nuca e fotofobia (meningite associada em 50%)
- Pode não ter meningite clínica!

DIAGNOSTICO

EMERGÊNCIA CLÍNICA — não atrasar antibiótico! Hemocultura, LCR (se estável), hemograma, coagulograma, PCR/PCT, lactato, gasometria. PCR para meningococo.

TRATAMENTO

- Antibiótico IMEDIATO (pré-hospitalar se suspeita): Ceftriaxone IV/IM 100 mg/kg
- Suporte hemodinâmico: SF 20 mL/kg em bólus, drogas vasoativas
- UTI Pediátrica • Plasma fresco / vitamina K (CIVD)
- Dexametasona 0,15 mg/kg/dose 6/6h × 4d (meningite)
- Quimioprofilaxia dos contatos: rifampicina, ciprofloxacina

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

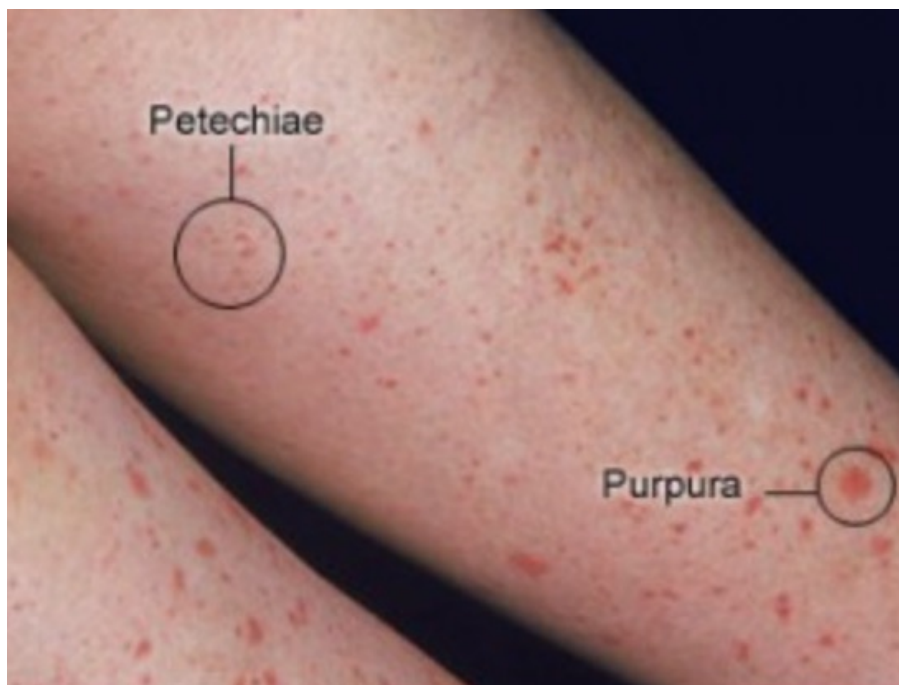
PTI (criança bem, plaquetas baixas, sem febre intensa), PHS (MMII, artralgia, sem toxemia), rickettsia, endocardite, sepse por outros germes.

ALERTA CLINICO

MORTALIDADE 5–15% mesmo com tratamento. Petéquias + febre + toxemia = antibiótico IMEDIATO, sem aguardar exames. Notificação compulsória imediata.

8. PETÉQUIAS E PÚRPURA POR MENINGOCOCEMIA

EMERGÊNCIA



O Diagnóstico Está nos Detalhes

Cada exantema conta uma história. Embora a 'tinta vermelha' seja comum, a verdadeira identidade do patógeno é revelada pela sua assinatura única. Uma investigação sistemática é a chave para decifrar o caso e chegar ao diagnóstico correto.



1. O Desenho
(Morfologia da lesão)



2. A Sequência & Localização
(Evolução, cronologia e distribuição)



3. As Pistas-Chave
(Sinais patognomônicos)