

Governo do Estado de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica

DOENÇAS EXANTEMÁTICAS FEBRIS

► EXPEDIENTE

Governo do Estado

Eduardo Pinho Moreira

Secretário de Estado da Saúde

Acélio Casagrande

Secretário Adjunto

Marcelo Lemos

Superintendente de Vigilância em Saúde

Winston Luiz Zomkowski

Diretor de Vigilância Epidemiológica

Eduardo Marques Macário

Gerência de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis, Imunização e DTHA (GEVIM)

Vanessa Vieira da Silva

Produção

Núcleo de Comunicação DIVE/SC.

▶ SUMÁRIO

▶ CLASSIFICAÇÃO DOS EXANTEMAS	04
▶ SARAMPO	05
▶ RUBÉOLA	06
▶ ESCARLATINA	07
▶ MONONUCLEOSE INFECCIOSA (EPSTEIN-BARR)	08
▶ FEBRE MACULOSA BRASILEIRA	09
▶ EXANTEMA SÚBITO	10
▶ ERITEMA INFECCIOSO-PARVOVÍRUS B19	11
▶ ENTEROVIROSES (NÃO PÓLIO)	12
▶ MICOPLASMOSE	12
▶ DENGUE	13
▶ FEBRE DE CHIKUNGUNYA	14
▶ FEBRE DO ZIKA VÍRUS	15
▶ REAÇÕES MEDICAMENTOSAS	16
▶ INFECÇÃO POR ADENOVÍRUS	16
▶ VARICELA	17
▶ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

► APRESENTAÇÃO

Em continuidade às estratégias adotadas pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina para consolidar a eliminação do sarampo e o controle da rubéola, a Diretoria de Vigilância Epidemiológica reedita este guia com o acréscimo de algumas informações. Tais informes pretendem colaborar para que os profissionais de saúde tenham subsídios quanto ao diagnóstico diferencial das doenças exantemáticas febris, cuja prevalência é alta e com manifestações clínicas idênticas entre as diferentes etiologias.

Os próximos anos serão decisivos para a erradicação do sarampo e o controle da rubéola; e a parceria entre a assistência médica e a vigilância epidemiológica será um dos pilares para o alcance dessa meta. O uso de ferramentas que promovam o entendimento da etiologia de cada doença é fundamental para o diagnóstico precoce, pois permitem a adoção de medidas de controle adequadas e oportunas.

ATENÇÃO

As doenças febris exantemáticas tais como: rubéola, sarampo, dengue, febre maculosa brasileira, febre do zika vírus, febre de chikungunya e dengue são de notificação compulsória e devem ser notificadas às Secretarias Municipais de Saúde.

Todos os municípios do estado de Santa Catarina dispõem de equipes de vigilância epidemiológica para orientações e medidas de controle em relação às doenças de notificação compulsória.

Amostras para diagnóstico laboratorial de sarampo, rubéola, dengue, febre do zika vírus, febre maculosa brasileira e febre de chikungunya devem se encaminhadas ao Lacen/SC.

Atualizações e notas técnicas referentes aos agravos de notificação compulsória estão disponíveis no site www.dive.sc.gov.br

**Gerência de Vigilância das Doenças Imunopreveníveis,
Imunização e DTHA (GEVIM / DIVE/SC)**

► CLASSIFICAÇÃO DOS EXANTEMAS ¹

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.
- **Urticariforme:** 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 petequial 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.

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

► SARAMPO

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

Grupo etário: Todos. Pessoas não vacinadas e/ou que não tiveram a doença são suscetíveis.

Quadro Clínico: Febre alta, acima de 38,5°C, exantema maculopapular generalizado, tosse, coriza, conjuntivite e manchas de koplík (enantema patognomônico de aspecto esbranquiçado localizado na mucosa bucal, antecedendo o exantema). As manifestações clínicas são divididas em três períodos.

Período de infecção: Dura cerca de sete dias, iniciando com período prodrômico, quando surge a febre, acompanhada de tosse produtiva, coriza, conjuntivite e fotofobia. Do 2º ao 4º dia desse período surge o exantema, quando se acentuam os sintomas iniciais. O paciente apresenta prostração, exantema cutâneo maculopapular de coloração vermelha, iniciando na região retro auricular.

Período toxêmico: A ocorrência de superinfecção viral ou bacteriana é facilitada pelo comprometimento da resistência do hospedeiro à doença. São frequentes as complicações, principalmente nas crianças até dois anos, especialmente as desnutridas e os adultos jovens.

Remissão: Caracteriza-se pela diminuição dos sintomas, com declínio da febre. O exantema torna-se escurecido, em alguns casos surge descamação fina lembrando farinha (furfurácea).

Transmissibilidade: De 4 a 6 dias antes do exantema, o período de maior transmissibilidade ocorre entre dois dias antes e dois dias após o início do exantema. O vírus vacinal não é transmissível.

Diagnóstico laboratorial: Sorologia para anticorpos específicos (Elisa) em amostra coletada até 28 dias após o início do exantema.

Prevenção e tratamento: Não há tratamento específico, sinais e sintomas apresentados devem ser tratados de acordo com a sintomatologia e a terapêutica adequada. A vacina é a única forma de prevenir a ocorrência de casos.

DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.



Imagem que identifica manchas de KOPLIK.

► RUBÉOLA

Etiologia e forma de transmissão: Doença exantemática aguda causada pelo Rubivirus (família togaviridae). Apresenta curso benigno, mas sua importância epidemiológica está relacionada à síndrome de rubéola congênita (SRC). Quando a infecção ocorre durante a gestação pode causar aborto, natimorto e malformações congênitas, tais como cardiopatias, catarata e surdez.

Transmissão: Contato com secreções nasofaríngeas de pessoas infectadas. A transmissão indireta, mesmo sendo pouco frequente, ocorre mediante contato com objetos contaminados com secreções de nasofaringe nas fezes, sangue e urina.

Grupo Etário: São suscetíveis todas as pessoas não vacinadas e/ou que não tiveram a doença.

Quadro clínico: É caracterizado por exantema maculopapular e puntiforme difuso, com início na face, couro cabeludo e pescoço, espalhando-se posteriormente para tronco e membros. Febre baixa e linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical posterior também são possíveis de ocorrer. Geralmente antecedem o exantema, no período de 5 a 10 dias, e podem perdurar por algumas semanas. Formas inaparentes são frequentes, principalmente em crianças. Adolescentes e adultos podem apresentar um período prodrômico com febre baixa, cefaleia, dores generalizadas (artralgias e mialgias), conjuntivite, coriza e tosse. A leucopenia é comum e raramente ocorrem manifestações hemorrágicas.

Diagnóstico laboratorial: Sorologia para anticorpos específicos (Elisa) em amostra, coletada até 28 dias após o início do exantema.

Prevenção e tratamento: Não há tratamento específico. Sinais e sintomas apresentados devem ser tratados de acordo com sintomatologia e terapêutica adequada. A vacina é a única forma de prevenir a ocorrência de casos.

DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.



▶ ESCARLATINA

Etiologia e forma de transmissão: Causada pelo *Streptococcus pyogenes*, uma bactéria beta hemolítica do Grupo A, produtora de toxina eritrogênica. A transmissão ocorre através do 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 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 coreia 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. 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). O período de incubação é de 4-6 semanas. O 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 e minimizar o contato com saliva do indivíduo com mononucleose.



abdômen

► FEBRE MACULOSA BRASILEIRA

Etiologia e forma de transmissão: Doença infecciosa febril aguda, de gravidade variável, cujas apresentações clínicas podem variar de formas leves, atípicas até formas graves, apresentando elevada letalidade. É causada por uma bactéria do gênero *Rickettsia*.

Transmissão: Picada do carrapato infectado com *Rickettsia*.

Quadro clínico: De início abrupto, febre elevada, cefaleia, mialgia intensa e/ou prostração. Entre o 2º e o 5º dia da doença surge o exantema maculopapular, de evolução centrípeta e predomínio nos membros inferiores, podendo acometer regiões palmar e plantar, que pode evoluir para petéquias equimoses e hemorragias.



Diagnóstico laboratorial: Realizado através da identificação de anticorpos por imunofluorescência indireta (RIFI) em amostras colhidas a partir do 7º dia do início dos sintomas.

Prevenção e tratamento: Tratamento de suporte e administração de antibióticos.

Orientar a população sobre a exposição em áreas com a presença de carrapatos.

DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.

▶ EXANTEMA SÚBITO

Etiologia e forma de transmissão: Doença viral de evolução benigna causada pelo herpes-vírus humano tipo 6 e 7. É conhecida pelo nome de Roseola infantum. Causa febre de três dias, sexta moléstia.

Transmissão: Secreção oral do portador sadio para contatos próximos.

Grupo Etário: Ocorre tipicamente na infância, em especial nos menores de quatro anos.

Quadro Clínico: Início súbito, febre alta (39°/40°C) e extrema irritabilidade. O exantema é do tipo maculopapular, com lesões discretas de 2 a 3 cm de diâmetro, não coalescentes. Em geral, acomete inicialmente o tronco e em seguida a face, a região cervical e a raiz dos membros, sendo de curta duração (24 a 72 horas sem descamação).



Diagnóstico laboratorial: Captura de anticorpos Igm e IgG para HHV-6 (ensaio imunoenzimático-Elisa).

Prevenção e tratamento: Tratamento de suporte e administração de medicação sintomática, bem como a vigilância das complicações, especialmente às relacionadas ao sistema nervoso. Não existe vacina disponível.

► ERITEMA INFECCIOSO-PARVOVÍRUS B19

Etiologia e forma de transmissão: Doença viral de evolução benigna, causada pelo parvovírus humano B19.

Transmissão: A via respiratória é a mais importante, principalmente em comunidades fechadas. A transmissibilidade máxima ocorre antes do exantema.

Grupo etário: acomete preferencialmente crianças de 2 a 14 anos.

Quadro clínico: Geralmente sem pródromos, podendo surgir alguns sinais inespecíficos, como febrícula, mialgia e cefaleia. O exantema inicia-se pela face sob a forma de eritema difuso, com distribuição em “vespertilho” e edema de bochechas (fácies esbofetada). As outras regiões da face são poupadas. O exantema é tipo maculopapular, com palidez central que confere rendilhado à lesão. Acomete o tronco e a face extensora dos membros, podendo regredir em até 3 semanas. Pode haver recorrência da doença pela ação de estímulos como o sol, o estresse e variação de temperatura.



Diagnóstico: Sorologia para detecção de anticorpos IgM (ensaio imunoenzimático-Elisa)

Tratamento e prevenção: Não há tratamento específico ou vacina.

▶ ENTEROVIROSES (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 frequente 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 (resfriado, estomatite, herpangina, pneumonia), neurológicas (meningite asséptica) e cutâneas (exantema). O exantema, discreto, ocorre em 5-50% das infecções, podendo ser rubeoliforme, escarlatiforme ou morbiliforme. Excreção viral pelas fezes pode persistir por várias semanas após infecção.

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



▶ MICOPLASMOSE

Etiologia e forma de transmissão: Causada pelo *Mycoplasma pneumoniae*, podendo se manifestar 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 maculopapular (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, eritromicina ou azitromicina).

► DENGUE

Etiologia e forma de transmissão: É uma infecção causada por um flavivirus, que apresenta quatro sorotipos diferentes, DENV1, DENV2, DENV3, DENV4. A imunidade é permanente para um mesmo sorotipo. Transmitida pela picada da fêmea *Aedes aegypti*.

Grupo de risco: Gestantes, menores de 2 anos, adultos com idade acima de 65 anos e pacientes com comorbidades.

Quadro clínico: Febre alta (acima de 38°C) de início abrupto que geralmente dura de 2 a 7 dias, acompanhada de cefaleia, mialgia, artralgia, prostração, astenia, dor retro-orbital, exantema e prurido cutâneo. Anorexia, náuseas e vômitos são comuns. Nessa fase febril inicial da doença, pode ser difícil diferenciá-la de outras doenças febris, por isso uma prova do laço positiva aumenta a probabilidade de dengue. No período de defervescência da febre, geralmente entre o 3º e o 7º dia da doença pode ocorrer o aumento da permeabilidade capilar, em paralelo com o aumento dos níveis de hematócrito. Isto marca o início da fase crítica da doença. Leucopenia progressiva seguida por uma rápida diminuição na contagem de plaquetas precede o extravasamento de plasma. O período médio de incubação da doença é de 5 a 6 dias (podendo variar de 4 a 10 dias).

Diagnóstico laboratorial: É realizado por exames laboratoriais (testes que detectam fragmentos do vírus: NS1, PCR ou anticorpos IgM ou pela elevação de IgG pareado).

Tratamento: O tratamento baseia-se principalmente em hidratação adequada, levando em consideração o estadiamento da doença (grupos A, B, C e D), segundo os sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Não devem ser usados medicamentos à base de ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios, pois podem aumentar o risco de hemorragias.

DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.



► FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Etiologia: A Febre de Chikungunya é uma doença causada por um vírus do gênero Alphavirus transmitida por mosquitos do gênero Aedes, sendo Aedes aegypti o principal vetor.

Grupo de risco: Gestantes, menores de 2 anos (neonatos considerar critério de internação), adultos com idade acima de 65 anos e pacientes com comorbidades.

Quadro clínico: A doença pode manifestar-se clinicamente de três formas: aguda, subaguda e crônica. Na fase aguda os sintomas aparecem de forma brusca e compreendem febre alta (acima de 38°C), artralgia intensa (predominantemente nas extremidades e nas grandes articulações), cefaleia e mialgia. Também é frequente a ocorrência de exantema maculopapular, em geral de 2 a 5 dias após o início da febre em aproximadamente 50% dos doentes. Os sintomas costumam persistir por 7 a 10 dias, mas a dor nas articulações pode durar meses ou anos e, em certos casos, converter-se em uma dor crônica incapacitante. O período médio de incubação da doença é de 3 a 7 dias (podendo variar de 1 a 12 dias).

Diagnóstico laboratorial: Realizado pela detecção de antígenos virais até o 5º dia de doença. Ou após o 6º dia com anticorpos IgM ou pela elevação de IgG pareada.

Tratamento: A terapia utilizada é analgesia e suporte às descompensações clínicas causadas pela doença. É necessário estimular a hidratação oral dos pacientes. A droga de escolha é o paracetamol. Também podem ser utilizados outros analgésicos para alívio de dor, como a dipirona. Nos casos refratários recomenda-se a utilização da codeína. Informações detalhadas sobre o tratamento dos pacientes estão presentes na publicação "Febre de Chikungunya: Manejo Clínico", do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015).

DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.



► FEBRE DO ZIKA VÍRUS

Etiologia: A febre do zika vírus é uma doença causada pelo vírus do gênero *Flavivirus*, transmitida por mosquitos do gênero *Aedes*, sendo o *Aedes aegypti* o principal vetor.

Grupo de risco: Gestantes, menores de 2 anos, adultos com idade acima de 65 anos e pacientes com comorbidades.

Quadro clínico: Pode manifestar-se clinicamente como uma doença febril aguda, com duração de 3-7 dias, caracterizada pelo surgimento do exantema maculopapular pruriginoso (surge no 10 dia e está presente em 90% dos pacientes), febre (sem febre, subfebril ou inferior a 38°C), hiperemia conjuntival não purulenta e sem prurido, artralgia, mialgia, edema periarticular e cefaleia. A artralgia pode persistir por aproximadamente um mês. Segundo a literatura, mais de 80% das pessoas infectadas não desenvolvem manifestações clínicas. Foi observada uma correlação entre a infecção pelo ZIKAV e a ocorrência de síndrome de Guillain-Barré, além de casos de microcefalia no Brasil. O período de incubação da doença varia de 3 a 12 dias, sendo em média de 4 dias.

Diagnóstico laboratorial: Realizado no 5º dia da doença ou após 6 dia para anticorpo Igm, sendo disponível teste rápido para triagem IgM e IgG, ou pelo PCR

Tratamento: O tratamento sintomático recomendado é baseado no uso de paracetamol ou dipirona para o controle da febre e manejo da dor. No caso de erupções pruriginosas, os anti-histamínicos podem ser utilizados. No entanto, é desaconselhável o uso ou indicação de ácido acetilsalicílico e outras drogas anti-inflamatórias, em função do risco aumentado de complicações hemorrágicas descritas nas infecções por outros flavivírus.



DOENÇA DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.

▶ REAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Etiologia e forma de transmissão: Hipersensibilidade do tipo I que ocorre após exposição à diversas drogas como: quinino, atropina, antipirina, hidantoínas, alopurinol, salvarsan, sulfonamidas penicilinas. Ainda, ocorre por intoxicação por mercúrio, ouro ou arsênico. Após uso de imunobiológicos pode ocorrer adoença 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 eritrodérmico. Reações mais severas podem ser facilmente confundidas com exantema do sarampo ou escarlatina. Adenopatia, hepatoesplenomegalia e toxicidade intensa podem ocorrer.

Diagnóstico Laboratorial: Não há confirmação laboratorial. O diagnóstico é clínico e exames laboratoriais.



▶ INFECÇÃO POR ADENOVÍRUS

Etiologia e forma de transmissão: Gênero Adenovírus. 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 em creches.

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

Diagnóstico Laboratorial: Isolamento viral à partir de amostras de orofaringe colhidas nos primeiros 5 dias após o aparecimento do exantema. Exame de neutralização é realizado em sangue (fase aguda).

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

► VARICELA

Etiologia e forma de transmissão: doença viral aguda, altamente contagiosa, causada pelo vírus Varicela-Zoster (VVZ). A transmissão ocorre através de aerossóis respiratórios, gotículas, saliva ou pelo contato com o líquido das lesões cutâneas.

Grupo etário: mais comum na infância, sendo suscetíveis todas as pessoas não vacinadas e/ou que não tiveram a doença. Costuma determinar imunidade duradoura, porém pode se manifestar como Herpes-Zoster, pela reativação do vírus latente em gânglios do sistema nervoso, por diferentes motivos.

Quadro clínico: após um período de incubação em média de 2 semanas, inicia-se quadro de febre, cefaleia, astenia, irritabilidade e rash crânio caudal, pruriginoso, com manchas avermelhadas, que evoluem para vesículas, pústulas e crostas, sendo típico a presença de lesões em seus diversos estágios de evolução concomitantemente. Pode acometer mucosas, levar ao aumento de gânglios. O quadro costuma ser benigno, com duração de 10 dias, mas pode evoluir com pneumonia pelo próprio vírus, afecção no sistema nervoso, infecções bacterianas cutâneas. A doença pode ser mais grave em adultos, imunodeprimidos, gestantes ou recém-natos. O Herpes Zoster costuma ocorrer anos após a exposição ao VVZ, com vesículas agrupadas sobre base eritematosa, associada à sensação de dor, queimação e aumento da sensibilidade local, ocupando um ou mais dermatômos.

Diagnóstico laboratorial: o quadro típico costuma dispensar o recurso laboratorial, pode se detectar VVZ por PCR no líquido das vesículas, ou utilizar reações sorológicas IgM ou IgG.

Prevenção e tratamento: tratamento do prurido com soluções e creme tópicos, antialérgicos orais, cuidados de higiene para reduzir risco de infecções cutâneas secundárias e antibióticos. Antivirais sistêmicos podem ser utilizados nos casos de maior risco de complicação, ou na presença de doença mais grave. A vacina para varicela previne a ocorrência de casos.



► REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **Pickering LK. Red Book:** Reporto of the Comittee on Infectious Diseases. 25th ed. Elk Groove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde:** volume único. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Dengue:** manejo clínico adulto e criança. 5ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Febre de chikungunya:** manejo clínico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Febre pelo vírus zika: uma revisão narrativa sobre a doença. **Boletim epidemiológico**, Brasília, v. 46, n. 26, 2015.

FARHAT, Calil K. *et al.* **Infectologia pediátrica.** 2ª edição. Editora Atheneu. 1999.

SILVA, Josenilson Antônio *et al.* Abordagem diagnóstica das doenças exantemáticas na infância. **Revista de Medicina e Saúde de Brasília**, Brasília, v. 1, n. 1, 2012.

VIGIFEX. **Projeto de vigilância de doença febril exantemática.** Governo do Estado de São Paulo, FUNASA, OPAS, OMS, CDC IMMUNIZATION, Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão. [folder]. Disponível em: <<http://www.saude.campinas.sp.gov.br/vigilancia/vigifex/folder/folder%20doencas.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

COLLETE, Carla Hachmann. Catapora: 6 coisas que os pais precisam saber sobre a doença. **O Paraná**, Jornal de Fato, 15 jul. 2018. [fotografia]. Disponível em: <<https://www.oparana.com.br/noticia/catapora-6-coisas-que-os-pais-precisam-saber-sobre-a-doenca>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Chikungunya: manejo clínico. [fotografia]. Reprodução da imagem utilizada na definição da Febre de chikungunya - <http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/publicacoes/CHIK-manejo-cl%C3%ADnico2017-vers%C3%A3o-final.pdf>

Reprodução da imagem utilizada na definição da Dengue - http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822007000300028

Reprodução da imagem utilizada na definição da Zika Vírus <https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/zika-1/311-virus-zika-revisao-para-clinicos/file>

