

DOENÇA DAS MÃOS, PÉS E BOCA ACOMETIMENTO SIMULTANEAMENTE MEMBROS DA FAMÍLIA: RELATO DE CASO

HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE AFFECTING MEMBERS OF THE FAMILY SIMULTANEOUSLY: CASE REPORT

Nivia Coelho Venas¹
Nataly Ferreira de Jesus Pinto²
Laissa Roberta Santos Costa³
Leticia Carneiro de Lima Oliveira⁴
Jener Gonçalves de Farias⁵
Antonio Varela Cancio⁶

RESUMO

A doença dos pés, mãos e boca (DMPB) é uma virose, normalmente causada pelo enterovírus 71 e o vírus coxsackie A16, mais prevalente em crianças durante o verão. Clinicamente, o início é caracterizado por febre e aparecimento de vesículas nas mãos, pés e cavidade bucal, evoluindo para úlceras bastante dolorosas, as quais desaparecem cerca de 7 a 10 dias depois. O acometimento de adultos imunocompetentes não é comum, caracterizado basicamente por uma estomatite bastante dolorosa. O presente artigo relata um caso de acometimento da DMPB em pai (33 anos) e filho (4 anos) de forma simultânea que se apresentaram ao ambulatório da especialização em Extomologia da UNIME Lauro de Freitas, Bahia, Brasil. Durante o exame físico extrabucal, apresentaram lesões tipo vesículas múltiplas, eritematosas e dolorosas na sola dos pés e dedos da mão, ao exame intrabucal, notou-se a presença de múltiplas úlceras em mucosa jugal e língua bastante dolorosas. O diagnóstico da DMPB é clínico e seu tratamento é sintomático com regressão das lesões em torno de 10 dias.

PALAVRAS-CHAVE

Doença dos pés; mãos e boca; Vírus; Coxsackie.

¹Cirurgiã-Dentista, Graduada pelo Centro Universitário de Ciências Agrárias e da Saúde – UNIFAS, Lauro de Freitas, Bahia, Brasil. E-mail: niviacoelho272@gmail.com.(71)98188-5119

²Graduada em Odontologia, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: natalyfpinto@gmail.com. (75)98321-7578

³Cirurgiã-Dentista, Graduada pelo Centro Universitário de Ciências Agrárias e da Saúde- UNIFAS, Lauro de Freitas, Bahia, Brasil. E-mail: laissacosta@live.com.(71)99201-0020

⁴ Cirurgiã-Dentista, Graduada pelo Centro Universitário de Ciências Agrárias e da Saúde- UNIFAS, Lauro de Freitas, Bahia, Brasil. E-mail: leticia.lclo59@gmail.com.(75)99100-5689

⁵ Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial, Universidade de Pernambuco, Doutor em Estomatologia, Universidade Federal da Paraíba, Professor Titular, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: jgfarias@uefs.br.(71)98182-2732.

⁶ Mestre em Odontologia, Universidade Federal da Bahia, Especialista em Cirurgia e Traumatologia Bucamaxilofacial, Universidade de Pernambuco, Professor do Curso de Odontologia, Centro Universitário Unifc, Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: avarelac1@hotmail.com.(71)98706-5964.

ABSTRACT

Hand, foot, and mouth disease (DMPB in Portuguese) is a viral disease, usually caused by enterovirus 71 and the A16 coxsackie virus, which is more prevalent in children during the summer. Clinically, the onset is characterized by fever and vesicles on the hands, feet and buccal cavity, evolving into very painful ulcers, which disappear around 7 to 10 days later. The involvement of immunocompetent adults is uncommon, characterized basically by a rather painful stomatitis. The present article reports a case of DMPB involvement in father (33 years) and son (4 years) simultaneously who were assisted at the outpatient department of the specialization in Stomatology of the UNIME, Lauro de Freitas, Bahia, Brazil. During the physical examination, erythematous and painful vesicles on the soles of the feet and fingers were observed. Intraoral examination revealed multiple ulcers in the buccal mucosa and tongue, which were quite painful. The clinical diagnosis was DMPB and symptomatic treatment was instituted with the use of analgesics. The lesions disappeared completely after 10 days, allowing for confirmation of the diagnosis.

KEYWORDS

Disease of the feet; hands and mouth; Virus; Coxsackie.

1 INTRODUÇÃO

A Doença das Mãos, Pés e Boca (DMPB) é uma infecção sistêmica causada pelo vírus coxsackie A16. Há relatos de casos que outros agentes podem estar envolvidos, os mais admitidos são o A4-7, A9, A10, B2, e B5 e enterovírus 71. É caracterizada por febre e erupção cutânea ou lesões herpéticas nas mãos e pés, bem como exantema na mucosa oral e língua. Sua transmissão ocorre habitualmente por via oral e orofecal. (SHIN *et al.*, 2010; CORONEL- PEREZ *et al.*, 2019).

O vírus foi identificado pela primeira vez nos Estados Unidos da América (FANG; LIU, 2018). Devido a diferenças regionais na localização geográfica, latitude, clima e status econômico, a intensidade, distribuição e tendências da epidemia variam. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) do Pacífico Ocidental entre o período de maio de 2008 a junho de 2014, um total de aproximadamente 10 milhões de casos de DMPB foram relatados na China, sendo que, 90% dos casos foram diagnosticados em crianças menores de 5 anos de idade. (ESPOSITO; PRINCIPI, 2018).

Tem incidência na primeira década de vida, embora possa ocorrer em adultos jovens e de meia-idade. Ocorre de maneira igual entre os sexos masculino e feminino. Surge por surtos epidêmicos, com intervalos de três anos. Incide com mais frequência nos climas temperados durante os meses mais quentes. Sua manifestação pode ocorrer entre três e seis dias após o contato com o vírus. (VENTAROLA *et al.*, 2015).

O período prodromico caracteriza-se por doze a vinte quatro horas de febre baixa, mal-estar e dor abdominal ou sintomas respiratórios. A sintomatologia é característica, em geral aparecem entre cinco a dez lesões orais ulceradas e dolorosas, que resultam em recusa alimentar. Podem chegar a cerca de cem lesões cutâneas simultâneas que se manifestam após as lesões orais. É uma lesão sazonal, predominantemente ocorrendo no verão. Na cavidade oral podem se apresentar assintomáticas ou sensíveis e dolorosas. (LIU *et al.*, 2015). As lesões

iniciais apresentam-se como manchas vermelhas com vesículas branco-acinzentadas, de dois a oito milímetros, que rapidamente se rompem e evoluem para úlceras. As lesões acometem os membros superiores, sobretudo no centro da mão, e os membros inferiores, notadamente os pés. (LOTT *et al.*, 2013). Nas áreas distantes dos membros superiores e inferiores, as vesículas rompem e formam úlceras que regridem sem deixar cicatrizes. As lesões das mucosas se apresentam sob a forma de úlceras dolorosas, pequena, com tamanho que variam de cinco a dez milímetros, precedidas por manchas que evoluem para vesículas acinzentadas. Distribuem-se pelo palato duro língua e mucosa oral. A DMPB pode estar associada à febre alta, mal-estar intenso, diarreia e dores articulares. (LOTT *et al.*, 2013).

A implantação dos enterovírus no aparelho gastrointestinal resulta na disseminação para os gânglios linfáticos regionais e setenta e duas horas depois, há uma viremia com implantação do vírus na mucosa oral e pele das mãos e pés. É importante destacar que tal patologia não deve ser confundida com outras formas de ulcerações, como herpes primário, herpangina e varicela. (LI *et al.*, 2018). O diagnóstico deve ser feito baseando-se nas manifestações clínicas apresentadas pelo paciente, diferenciando-se de outras infecções. (LI *et al.*, 2018; TAMAYO *et al.*, 2020).

A DMPB tem sua regressão ocorrida comumente nas duas primeiras semanas, o aumento dos títulos dos anticorpos séricos elimina a viremia em sete a dez dias. É pouco provável haver sequelas graves. Os vírus coxsackie têm sido implicados na miocardite, meningoencefalite, meningite asséptica, doença paralítica e na doença sistêmica semelhante à rubéola. (GIACHÈ *et al.*, 2019; NAKAO *et al.*, 2019). Quando acometem grávidas, sobretudo no primeiro mês de gestação, pode haver abortamento espontâneo. Seu tratamento é paliativo. É sugerida a aplicação tópica de solução de cloridrato de diclonina ou lidocaína para atenuar o desconforto oral. (RAMDASS *ET al.* 2015; FATAHZADEH, 2017). O objetivo deste trabalho é um relato de caso de Doença das Mãos, Pés e Boca, discutindo os achados clínicos, etiologia e terapêutica com a literatura atualizada.

2 MATERIAL E MÉTODO

Este relato de caso faz parte do projeto guarda-chuva intitulado: Levantamento das biópsias da região buco-maxilofacial encaminhadas ao Centro de Referência de Lesões Buciais (CRLB) da Universidade Estadual de Feira (UEFS). CONSEPE Nº: 95/2008 e registrado no Comitê de Ética da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS) sob protocolo Nº 015/2008, CAAE 0015.0.059.000-08.

O responsável pelo paciente recebeu as devidas informações sobre o seu caso e o do seu filho e assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordou com o tratamento que foi proposto. Desta forma, com base nas Resoluções nº 466/12 e 510/16, do Ministério da Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, o presente trabalho atendeu os preceitos éticos.

3 RELATO DE CASO

Pacientes do sexo masculino, pai com 33 anos imunocompetente e filho com quatro anos e dois meses de idade, apresentaram-se na Clínica Escola de Odontologia em janeiro de 2021, apresentando lesões na cavidade oral. Na anamnese foi relatado que há cerca de três dias os dois apresentaram um estado gripal com febrícula e irritabilidade, e lesões nas mãos, pés e boca, porém que antes do surgimento das lesões apresentaram mal-estar, dor abdominal e posteriormente

diarreia. No momento da avaliação não apresentava febre. Durante o exame físico intrabucal o adulto e a criança apresentaram lesões vesiculares e ulceradas na cavidade oral.

(Figura 1 e 2) devido à irritabilidade da criança as fotos da cavidade bucal não puderam ser documentadas.

Figura 01: Lesão em borda de língua esbranquiçada no paciente adulto



Figura 2: lesões tipo úlcera com coloração avermelhada em lábio superior do adulto
Ao exame físico extrabucal, notou-se lesões vesiculares múltiplas, eritematosas e dolorosas na sola dos pés e dedos das mãos. (FIGURAS: 3, 4, 5 E 6)



Figura 3: Lesões vesiculares nas mãos do paciente adulto



Figura 4: Lesões vesiculares nos pés do paciente adulto



Figura 5: Lesões vesiculares nas mãos do paciente criança



Figura 6: Lesões vesiculares nos pés do paciente criança.



Devido às características clínicas, o diagnóstico foi de doença das mãos, pés e boca sendo instituído o tratamento sintomático para ambos, a base de analgésicos do tipo paracetamol na posologia recomendada de acordo com o peso dos pacientes. Para a criança também foi recomendado o uso de anestésico tópico tipo

xilocaína gel nas lesões bucais antes das refeições para facilitar a alimentação. O paciente foi acompanhado e as lesões desapareceram totalmente após 10 dias.

4 DISCUSSÃO

Neste trabalho, o paciente possuía idade inferior a 05 anos e era do sexo masculino. O que ratifica em parte o encontrado na literatura, já que crianças são mais atingidas pelas infecções virais que os adultos. (RAMDASS *et al.*, 2015). A literatura afirma que a faixa etária mais atingida é de 0 a 4 anos, sendo os meninos mais afetados e embora a DMPB ser uma doença que atinge em sua maioria crianças podem ser observadas em adulto, ratificando o presente relato de caso uma vez que o pai (adulto – 33 anos) também apresentou a doença na fase prodromica um dia após o surgimento das lesões na criança, fato esse que pode ser justificado pelo fato de se tratar de uma doença contagiosa e principalmente pela proximidade afetiva dos dois. (SHIN *et al.*, 2010; WANG *et al.*, 2017). Entre as crianças, o sexo masculino apresenta o maior risco para desenvolver a infecção por Enterovírus com manifestações clínicas, enquanto infecções assintomáticas são mais comuns no sexo feminino. (LIU *et al.*, 2015). Este caso clínico ocorreu em criança do sexo masculino, corroborando com os achados da literatura.

O desenvolvimento da doença descrita neste relato de caso ocorreu no período de janeiro, confirmando com os dados disponíveis na literatura onde os Enterovírus apresentam um comportamento sazonal, predominando no verão. (LI *et al.*, 2018). Assim como muitas doenças virais da infância, como herpes labial, sarampo e rubéola e também por conta da dificuldade de acesso aos centros de diagnóstico laboratoriais, o diagnóstico é clínico e baseado em seus sinais e sintomas. Contudo, a confirmação etiológica através do sorológico se torna importante em situações de pandemia ou de evoluções graves, uma vez que se tratando de doença infectocontagiosa a notificação e registro nos centros de vigilância sanitárias locais se torna importante, fato esse que foi orientado ao adulto responsável realizar e procurar um centro para a realização dos exames sorológicos e notificação. É importante ressaltar que o exame clínico é soberano, em especial no caso de uma doença com características clínicas tão próprias e evolução leve a terapêutica estabelecida também ratifica o diagnóstico por ter sido adequada e permitindo o restabelecimento dos pacientes e regressão das lesões.

O quadro clínico geral apresenta exantema não pruriginoso, tipicamente nos pés e mãos e por vezes generalizado, com sintomas de infecções de vias aéreas superiores, como coriza. (LOTT *et al.*, 2013). Tal fato ratifica o encontrado no presente trabalho, já que tanto a criança como o adulto apresentaram vesículas nos pés e mãos, limitando-se, no entanto, a estas partes do corpo. No caso em estudo não houve acometimento das vias superiores, diferente do que se é relatado na literatura. Os pacientes apresentam acometimento da mucosa oral, com vesículas que rapidamente ulceram, produzindo úlceras superficiais pequenas, com halo eritematoso que se assemelha a aftas, geralmente na língua, palato, mucosa oral e lábios. (BIAN *et al.*, 2019; AZEVEDO, 2020; CARVALHO *et al.*, 2021). As lesões são dolorosas e dificultam a aceitação alimentar.

O que confirma os achados deste presente relato e justifica o uso da xilocaína gel antes da alimentação do paciente infantil, permitindo uma melhor nutrição do mesmo. O diagnóstico diferencial dessas lesões deve levar em conta a herpangina, infecção causada por um tipo de Coxsackie A que determina lesões orais semelhantes à doença mão-pé-boca, porém mais extensas e concentradas principalmente em orofaringe e sem acometimento da pele. O quadro é demorado,

com duração média de duas semanas. (PENG *et al.*, 2020). O que é confirmado com o achado deste estudo, já que houve remissão dos sintomas com 10 dias. A doença pode estar associada à febre alta, mal-estar intenso, diarreia e dores articulares. (BIAN *et al.*, 2019).

O presente caso em estudo discorda desses achados, já que existiu apenas queixa de leve estado febril. Recentemente, estudos mostraram que uma vacina monovalente EV-A71 foi aprovada na China e obteve um excelente desempenho na prevenção e controle do EV-A71, em contrapartida, tal vacina não se mostrou eficiente para combater outros tipos de vírus, aqueles que envolvem a DMPB, pois uma vacina ideal teria que proteger o hospedeiro contra os principais genótipos e sub-genótipos presentes no vírus. Todavia, é imprescindível ressaltar que existem pesquisas e ensaios clínicos em andamento para confecção de uma vacina. (WANG *et al.*, 2019). Nos últimos anos, alguns medicamentos antivirais se mostraram eficientes contra a forma EV-A71 do vírus, a qual é responsável pelas manifestações mais grave da doença, não obstante, tais medicamentos ainda se encontram em análise, para que, futuramente, seja comprovada ou não sua eficácia. (SHANG *et al.*, 2013).

5 CONCLUSÃO

Percebe-se que o DMPB representa um conjunto de manifestações clínicas características, sendo que, partes destas tem relação com a Odontologia, devendo o profissional Cirurgião Dentista estar atento para garantir o diagnóstico precoce e fidedigno, possuindo conhecimento prévio a respeito de outras manifestações semelhantes a esta lesão bucal. Devem-se considerar todos os dados fornecidos pelos familiares sobre as lesões e um exame clínico hábil. O tratamento sintomático é o mais indicado.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO A. C. *et al.* Doenças exantemáticas em idade pediátrica-Revisão teórica. **Associação Pediátrica do Minho**. v.1,n.1,p.5-24.2020.

BIAN L., GAO F., MAO Q., SUN S., Wu X., LIU S., *et al.* Hand, foot, and mouth disease associated with coxsackievirus A10: more serious than it seems. **Expert Rev Antilfect**,v.17,n.4,p.233242.2019.DOI:<https://doi.org/10.1080/14787210.2019.1585242> .

CARVALHO V. O. *et al.* Síndrome mão-pé-boca. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. v.1,n.1,p.1-8.2021.

CORONEL-PEREZ I.,*et al.* Enfermedad boca-mano-pie atípica infantil com rasgos de eczema herpético y de acrodermatitis. **Arch Argent. Pediatr**.v.117,n.1,p.5962.2019. DOI: <https://doi.org/10.105546/aap.2019.e59>.

ESPOSITO S., PRINCIPI N. Hand, foot and mouth disease: Current knowledge on clinical manifestations, epidemiology, aetiology and prevention. **Eur J Clin Microbiol Infect Dis**. v.3,n.37,p.391-398. 2018. DOI:<https://doi.org/10.1007/s10096-0183206-x>.

FANG C.Y., LIU C.C. Recent development of enterovirus A vaccine candidates for the prevention of hand, foot, and mouth disease. **Expert Review of Vaccines**. v.17,n.9,p.819-831. 2018. DOI:<https://doi.org/10.1080/14760584.2018.1510326>.

FATAHZADEH M. Oral Manifestations of Viral Infections. **Atlas Oral Maxillofac SurgClinNorthAm**.v.2,n.25,p.163170.DOI:<https://doi.org/10.1016/j.cxom.2017.04.008>.

GIACHÈ S., BORCHI B., ZAMMARCHI L., COLAO M.G., CICCONE N., STERRANTINO G., *et al.* Hand, foot, and mouth disease in pregnancy: 7 years Tuscan experience and literature review. **J. Matern Neonatal Med**.v.34,n.9,p.1494-1500.2019. DOI:<https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1638898>.

LI X.W., NI X., QIAN S.Y., WANG Q., JIANG R.M., XU W.B., *et al.* Chinese guidelines for the diagnosis and treatment of hand, foot and mouth disease (2018 edition). **World J Pediatr** . v.14,n.5,p.437-447. 2018. DOI:<https://doi.org/10.1007/s12519-018-0189-8>.

LIU B., LUO L., YAN S., WEN T., BAI W., LI H., *et al.* Clinical features for mild hand, foot and mouth disease in China. **PLoS One**. v.10,n.8,p.1-11.2015. DOI: <https://doi.org/10.1371/Journal.pone.0135503>.

LOTT J.P., LIU K., LANDRY M.L., NIX W.A., OBERSTE M.S., BOLOGNIA J., *et al.* Atypical hand-foot-and-mouth disease associated with coxsackievirus A6 infection. **J Am Acad Dermatol** .v.69,n.5,p.736-741.2013. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2013.07.024>.

NAKAO P. H. *et al.* Doença mão-pé-boca no atendimento odontopediátrico. **Arch. Health Invest**.v.8,n.12,p.825-831. 2019. DOI:<https://doi.org/10.21270/archi.v8i12.4794>

PIENG D., MA Y., LIU Y., LV Q., YIN F. Epidemiological and aetiological characteristics of hand, foot, and mouth disease in Sichuan Province, China, 2011–2017. **Scientific Reports**.v.10,n.6117,p.1-9.2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-020-63274-3>.

RAMDASS P., MULLICK S., FARBER H.F. Viral Skin Diseases. **Prim Care - Clin Off Pract**.v.42,n.4,p.517-567.2015. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.pop.2015.08.006>.

SHANG L., XU M., YIN Z. Antiviral drug discovery for the treatment of enterovirus 71 infections.**AntiviralRes**.v.97,n.2,p.183194.2013.DOI:<https://doi.org/10.1016/j.antiviral.2012.12.005>.

SHIN J.U., OH S.H., LEE J.H. A case of hand-foot-mouth disease in an immunocompetent adult. **Ann Dermatol**. v.22,n.2,p.216-218.2018. DOI:<https://doi.org/105021/ad.2010.22.2.216>.

TAMAYO R., *et al*. Síndrome manos, pies, boca. Casos atendidos em el cuerpo de guardia. **Multimed**. v.24, n. 1, p.140-153.2020.

VENTAROLA D., BORDONE L., SILVERBERG N. Update on hand-foot-and-mouth disease. **Clin Dermatol**.v.33,n.3,p.340-346.2015. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.Clndermatol.2014.12.2011>.

WANG X., AN Z., HUO D., JIA L., LI J., YANG Y., *et al*. Enterovirus A71 vaccine effectiveness in preventing enterovirus A71 infection among medically-attended hand, foot, and mouth disease cases, Beijing, China. **Hum Vaccines Immunother**.v.15,n.5,p.1183-1190.2019. DOI:<https://doi.org/10.1080/21645515.2019.1581539>.

WANG J. *et al*. Epidemiological characteristics of hand, foot, and mouth disease in Shandong, China,2009-2016. **Sci. Rep**.v.7,n.1,p.1-9.2017. DOI:<https://doi.org/10.1038/s41598-017-09196-z>.