

Diagnóstico Diferencial das Doenças Exantemáticas

**Aléia Campos
2011**

Importante considerar no diagnóstico diferencial das Doenças Exantemáticas:

- Epidemiologia**
- Período prodrômico:** sintomas iniciais leves da doença
- Característica do exantema**
- Sinais característicos**
- Imunização prévia (por doença ou vacina)**

Doenças exantemáticas podem ser classificadas pelo comprometimento clínico:

– Exantema maculopapular

- Morbiliforme
- Escarlatiniforme

– Exantema vesicobolhoso

– Exantema petequial

Doenças que se manifestam com exantema maculopapular:

– **Morbiliforme**

- Sarampo
- Rubéola
- Exantema súbito
- Eritema infeccioso
- Mononucleose infecciosa
- Enteroviroses
- Sífilis
- Reações a drogas

– **Escarlatiniforme**

- Estreptococcias
- Estafilococcias
- Rubéola
- Mononucleose infecciosa
- Reações a drogas

Diagnóstico diferencial dos exantemas maculopapulares morbiliformes

| | Sarampo | Rubéola | Mononucleose (M.I.) | Entero-virose | Lues 2^{aria} | Reação a droga |
|--------------------------------------|---|--|--|--|---|---|
| Período prodromico | 2 a 3 dias fase catarral | 1 a 2 dias discreto | Ausente | Gripe símile ou ausente | Ausente | Ausente |
| Sinais caracterís-ticos | Koplik | Adenomegalia retroauricular Petéquias em pálato Artralgia | Adenomegalia Dor de garganta Hepatoespleno-megalia | Ausentes Pode haver comprom-etimento gastrointestinal | Adenomegalia generalizada | Prurido |
| Característica e duração do exantema | Distribuição crânio-caudal Descamação Duração: 5 a 6 dias | Distribuição crânio-caudal Confluência Duração: 3 dias | Discreto Acomete tronco Desencadeado pelo uso de ampicilina Duração: variável | Inespecífico Duração: variável | Acomete palmas e plantas Duração: 10 a 15 dias | Pode haver presença de placas urticariformes Duração: variável |
| Diagnóstico específico | Sorológico ELISA | Sorológico ELISA | Sorológico Anticorpos específicos contra VEB Paul Bunnell | Sorológico (pouco disponível na prática) | Sorológico VDRL FTAABS | ausente |
| Hemograma | Leucócitos normais ou leucopenia Linfocitose | Leucócitos normais ou leucopenia Linfócitos atípicos | Leucócitos normais ou leucocitose Linfócitos atípicos | Leucócitos normais ou leucopenia Linfocitose | Leucocitose Neutrofilia Desvio à esquerda | Eosinofilia |
| Tratamento | Sintomático | Sintomático | Sintomático | Sintomático | Antibióticos (penicilina) | Anti-histamínicos |

Sarampo

***Morbillivirus*, vírus RNA**

Família: *Paramyxoviridae*

Transmissão: contato direto de secreções respiratórias desde 4 dias antes dos primeiros sintomas até cerca de 5-7 dias após aparecimento do exantema

Faixa etária: pré-escolar e escolar

Período prodrômico:

- febre e sinais catarrais (tosse, coriza e conjuntivite);**
- manifestações sistêmicas inespecíficas (cefaléia, prostração, mialgias, dores abdominais, vômitos e diarreia)**



**Sarampo:
exantema
maculopapular
confluente**







Mancha de Koplik

Sarampo

Aparecimento das **manchas de Koplik** (pontos esbranquiçados na mucosa oral oposta aos molares) ocorre no fim do período prodromático precedendo o aparecimento do exantema firmando o diagnóstico de sarampo

Sarampo



Vermelhidão da face,
conjuntivite, edema
palpebral, fotofobia e
coriza: **doença
sarampenta**

Sarampo



Descamação furfurácea do exantema

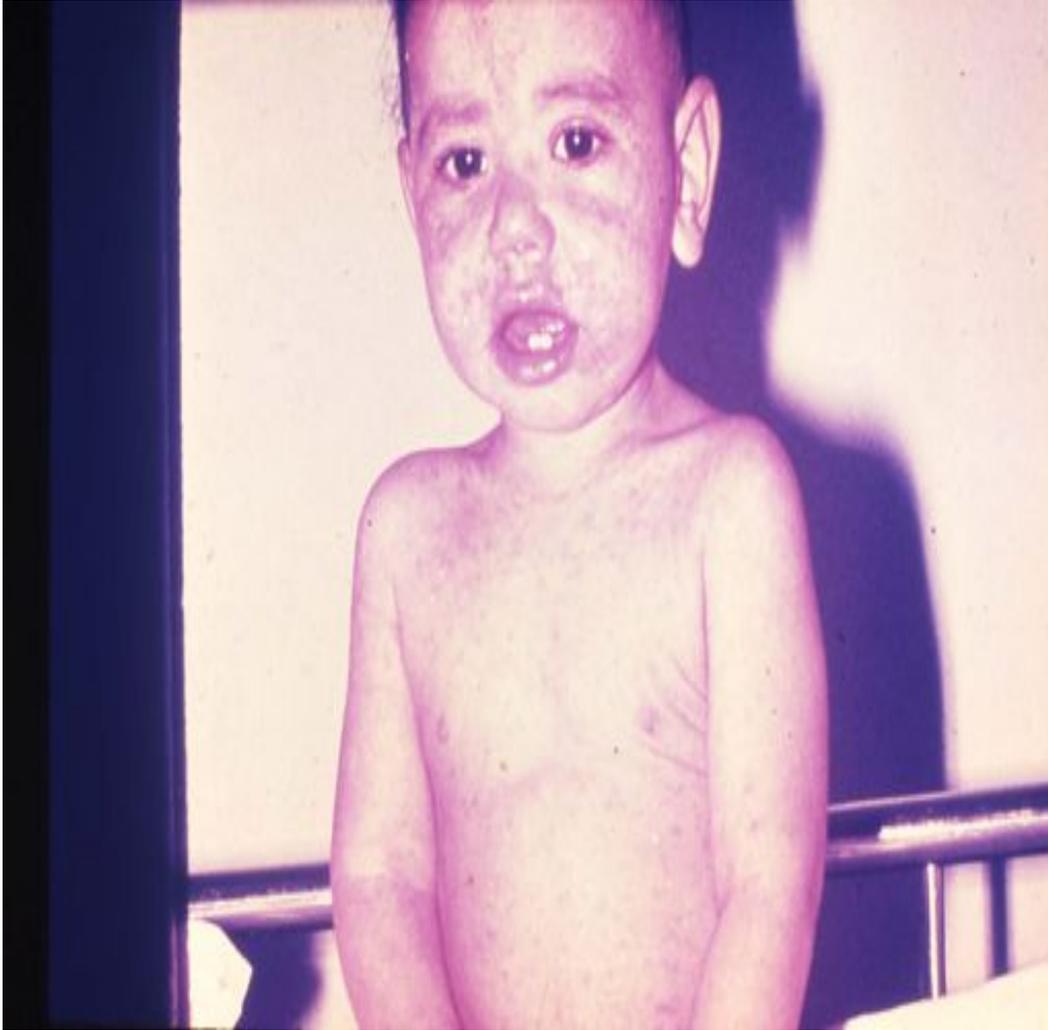


ATÉ 09/01/07 43 CASOS CONFIRMADOS DE SARAMPO NO ESTADO DA BAHIA EM 2006/07

Em 2010, 68 casos de sarampo no Pará, Rio Grande do Sul e Paraíba: os doentes não eram vacinados

O Estado de São Paulo não apresenta circulação endêmica de sarampo desde 2000

Sarampo



Profilaxia

Imunização ativa e passiva

Vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) a partir dos 12 meses

Rubéola

Rubivirus, vírus RNA

Família: *Togaviridae*

Transmissão: contato com secreções respiratórias desde o final do período de incubação até +/- 2 semanas pós-exantema

Período prodromico:

-cefaléia, mal estar, conjuntivite e febre

Faixa etária: escolar, adolescente e adulto jovem

Sinal de Forcheimer: petéquias em palato e adenomegalia retroauricular são característicos da doença



Rubéola

1 a 2 dias discreto

Adenomegalia retroauricular
Petéquias em palato
Artralgia

Distribuição crânio-caudal
Confluência

Duração: 3 dias

Sorológico
ELISA

Leucócitos normais ou leucopenia
Linfócitos atípicos

Sintomático

Rubéola

Exantema preferencialmente maculopapular com início em face e pescoço. Raramente descama e não conflui





Rubéola



Rubéola

Profilaxia

Imunização ativa e passiva

Vacina tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola) a partir dos 12 meses

Rubéola Congênita:

Capacidade teratogênica do vírus para o feto: SRC

Idade gestacional na época da infecção materna: raro após 1º trimestre da gravidez, após 2º trimestre praticamente zero

Eritema Infeccioso ou “Quinta doença”

Parvovirus humano B 19

Epidemiologia

- 4-14anos

**-risco de contágio: 50% (domiciliar)
20-30%(ambiente
escolar)**

Período de incubação: 4-14d (até 20d)

-30-60% adultos IgG +

**Transmissão: secreção respiratória
materno fetal
hemoderivados**



Baby with the typical "slapped-cheek" rash, which is characteristic of fifth disease.

Eritema Infeccioso ou “Quinta doença”

Quadro clínico:

-Pródromo : 2-3d, leve com febre, coriza, cefaléia e náusea. Em geral ausente, quando aparece o exantema

-Fase Exantemática:

1° estágio: face eritematosa (bochecha esbofetada)

2° estágio: após 1-4d: exantema máculo-papular no tronco e extremidades aspecto rendilhado característico (clareamento de pequenas áreas centrais)

3° estágio: convalescença, caracterizada pela menor intensidade do exantema



**Eritema Infeccioso
ou “Quinta doença”**



Eritema Infeccioso ou “Quinta doença”

Complicações:

**Encefalite, meningite, miocardite, Púrpura
Trombocitopênica Idiopática.**

**Crise aplástica em pacientes com anemia hemolítica
crônica.**

Artropatia em adultos.

Hidropsia fetal, quando ocorre em gestantes.

Exantema Súbito, *Roseola infantum*, “Sexta doença”

Herpes Virus Humano 6, HHV-6, vírus DNA

Epidemiologia: 3m a 2a (6m-18m)

- 20-40% de soroprevalência (IF) na população adulta**
- Transmissão desconhecida, contato direto com secreções da via respiratória. Alta frequência de isolamento do vírus na saliva**

Quadro Clínico:

- Pródromo : febre alta (3-5d), irritabilidade e convulsão**
- Surgimento de exantema maculopapular morbiliforme não puriginoso que acomete preferencialmente tronco, face e região cervical logo após a defervescência da febre**



Febre desaparece quando inicia o exantema

Exantema Súbito, *Roseola infantum*, “Sexta doença”

Complicações:

- **encefalite**
- **convulsões**
- **Púrpura Trombocitopênica**



Enterovirose

Enterovírus: *Echo*, *Coxsackie*

Transmissão: fecal-oral



| |
|---|
| Entero- virose |
| Gripe-símile ou ausente |
| Ausentes Pode haver comprometimento gastrointestinal |
| Inespecífico |
| Duração: variável |
| Sorológico (pouco disponível na prática) |
| Leucócitos normais ou leucopenia Linfocitose |
| Sintomático |



Enterovirose

Sífilis secundária

Treponema pallidum, espiroqueta



Exantema palmoplantar

| |
|--|
| Lues 2^{aria} |
| Ausente |
| Adenomegalia generalizada Hepatoespleno megalia |
| Acomete palmas e plantas |
| Duração: 10 a 15 dias |
| Sorológico VDRL FTA-ABS |
| Leucocitose Neutrofilia Desvio à esquerda |
| Antibióticos (penicilina) |

Sífilis secundária

Sífilis 1ª : cancro duro, indolor, resolução espontânea

Sífilis 2ª : doença sistêmica com febre, mal-estar, mialgia, artralgia, linfonodomegalia generalizada, hepatomegalia, esplenomegalia.

Presença de exantema maculopapular de tronco ou roséola sífilítica e exantema palmoplantar

-transmissão: contato sexual, DST

-PI: 6 a 10 semanas após o cancro primário

-Diagnóstico: pesquisa direta por microscopia de campo escuro, sorologia : VDRL/FTA-ABS

Sífilis secundária



**exantema maculopapular de
tronco ou roséola sífilítica**

Infecção aguda pelo HIV

PI: 2 a 4 semanas após contato sexual de risco

Faixa etária: adulto jovem

Período de Janela imunológica ou soroconversão: até 6 meses, produção de anticorpos específicos contra o vírus

Pródromos: febre, cefaléia, dor de garganta (eritema de orofaringe), mal estar e linfadenopatia generalizada, exantema maculopapular generalizado

Diagnóstico: sorologia ELISA e Western Blot positivos



HIV Agudo

Diagnóstico diferencial dos exantemas maculopapulares escarlatiniformes

| | Mononucleose infecciosa | Estreptococcias | Estafilococcias | Reação à droga |
|--------------------------------------|--|---|---|--|
| Período prodrômico | Ausente | Febre, mal-estar | Febre, mal-estar | Ausente |
| Sinais característicos | Adenomegalia Dor de garganta Hepatoesplenomegalia | Ausentes | Ausentes | Prurido |
| Característica e duração do exantema | Áreas de confluência Desencadeado pelo uso de ampicilina Duração: variável | Áreas de confluência pele áspera Celulite Erisipela Duração: variável | Áreas de confluência Celulite Duração: variável | Áreas de confluência pele áspera Duração: variável |
| Diagnóstico específico | Sorológico Anticorpos específicos contra VEB Paul Bunnell | Hemocultura | Hemocultura | Ausente |
| Hemograma | Leucócitos normais ou leucocitose Linfócitos atípicos | Leucocitose Neutrofilia Desvio à esquerda | Leucocitose Neutrofilia Desvio à esquerda | Eosinofilia |
| Tratamento | Sintomático | Antibióticos (penicilina) | Antibióticos (oxacilina e vancomicina) | Anti-histamínicos |

Mononucleose infecciosa

**Vírus Epstein Barr,
Família Herpesviridae,
vírus DNA**

**Quadro clínico: febre,
amigdalofaringite, dor de
garganta, calafrios,
astenia intensa, cefaléia e
dor abdominal**

-PI: 4 a 6 sem.

**-exame físico: faringe
muito hiperemiada e
exsudato membranoso de
aspecto branco
acinzentado cobrindo toda
loja amigdaliana**



Petéquias no palato em 50% dos pacientes

| |
|---|
| Mononucleose infecciosa |
| Ausente |
| Adenomegalia Dor de garganta Hepatoesplenomegalia |
| Áreas de confluência Desencadeado pelo uso de ampicilina |
| Duração: variável |
| Sorológico Anticorpos específicos contra VEB Paul Bunnell |
| Leucócitos normais ou leucocitose Linfócitos atípicos |
| Sintomático |

Mononucleose infecciosa

Linfonodomegalia é dolorosa e generalizada atingindo todas cadeias ganglionares

Hepatoesplenomeglia é dolorosa

Icterícia cutâneo-mucosa pode estar presente

Leucocitose devido ao aumento de linfócitos com presença de linf. atípicos

Enzimas hepáticas aumentadas em 50% dos casos

Autolimitada, os sinais e sintomas desaparecem em 4 a 6 sem.

**Sinal de Hoagland:
edema palpebral**



Mononucleose infecciosa



Exantema maculopapular com áreas de confluência

Estreptococcia

Streptococcus sp



| |
|--|
| Estreptococcias |
| Febre, mal-estar |
| Ausentes |
| Áreas de confluência, pele áspera Celulite Erisipela |
| Duração: variável |
| Hemocultura |
| Leucocitose Neutrofilia Desvio à esquerda |
| Antibióticos (penicilina) |

Estreptococcia



Erisipela



Impetigo

Estafilococcia

| | Estafilococcias |
|--------------------------------------|---|
| Período prodrômico | Febre, mal-estar |
| Sinais característicos | ausentes |
| Característica e duração do exantema | Eritematoso Bolhas de paredes espessas Impetigo Erisipela Duração: 15 a 20 dias |
| Diagnóstico específico | Bacterioscópico da secreção da lesão: cocos Gram positivos Cultura da secreção Hemocultura |
| Hemograma | Leucocitose Neutrofilia Desvio à esquerda |
| Tratamento | Antibióticos (oxacilina e vancomicina) |



Síndrome da Pele Escaldada

Staphylococcus sp



Escarlatina

Angina estreptocócica
(amigdalite purulenta) +
eritema cutâneo

Faixa etária: pré-escolar e
escolar

Exantema micropapular: “pele
em lixa” e descamação
lamelar

-na face: palidez perioral –Sinal de Filatov

-na boca: inicialmente língua recoberta com
membrana esbranquiçada e pontos avermelhados
e depois totalmente eritematosa

Língua em framboesa



Escarlatina



Dobra cubital: Sinal de Pastia

**Lesões exantemáticas acentuadas com
linhas de vermelho intenso**

Escarlatina

Convalescença:

descamação lamelar da pele iniciada pelas pontas dos dedos das mãos e pés



Reação a droga



| |
|-----------------------------------|
| Reação a droga |
| Ausente |
| Prurido |
| Áreas de confluência, pele áspera |
| Duração: variável |
| Ausente |
| Eosinofilia |
| Anti-histamínicos |

**Doenças que se manifestam com
exantema vesicobolhoso
/papulovesicular:**

- Varicela / Herpes Zoster**
- Herpes simples 1 e 2**
- Variola**

Diagnóstico diferencial dos exantemas vesicobolhosos

| | Varicela | Herpes Zoster | Estreptococo |
|--------------------------------------|---|---|--|
| Período prodromico | Em geral ausente | Dor | Febre, mal-estar |
| Sinais característicos | Ausentes | Ausentes | Ausentes |
| Característica e duração do exantema | Distribuição centrípeta Polimorfismo regional Vesículas de paredes finas / líquido claro Duração: 5 a 7 dias | Acometimento de um único dermatomo Unilateral Duração: 12 a 15 dias | Eritema Vesículas / Impetigo Erisipela Duração: 10 a 14 dias |
| Diagnóstico específico | Clínico Esfregaço de material de vesícula: células com inclusão viral Sorologia (pouco disponível na prática) | Clínico Esfregaço de material de vesícula: células com inclusão viral Sorologia (pouco disponível na prática) | Bacterioscopia secreção cocos Gram positivos Cultura de hemocultivo |
| Hemograma | Leucopenia ou leucócitos normais Linfocitose | Leucopenia ou leucócitos normais Linfocitose | Leucocitose Neutrofilia Desvio à esquerda |
| Tratamento | Imunocompetentes: sintomático Imunodeprimidos: Aciclovir | Aciclovir Analgésicos Não usar aspirina | Antibióticos (penicilina) |

Varicela

Vírus *Varicella-Zoster*, alfa herpes vírus

Varicela: primoinfecção do vírus varicela zoster

Após a infecção primária o vírus VZ permanece latente em cels. das terminações ganglionares dorsais

Faixa etária: 5 a 9 anos, cçs em idade pré escolar e escolar

Transmissão: respiratória ou contato direto com líquido vesicular, 2 dias antes e até 5 dias após o surgimento de vesículas



| |
|---|
| Varicela |
| Em geral ausente |
| Ausentes |
| Distribuição centrípeta Polimorfismo regional Vesículas de paredes finas / líquido claro |
| Duração: 5 a 7 dias |
| Clínico Esfregaço de material de vesícula: células com inclusão viral Sorologia (pouco disponível na prática) |
| Leucopenia ou linfócitos normais Linfocitose |
| Imunocompetentes: sintomático Imunodeprimidos: Aciclovir |

Varicela

Características do exantema:

- Polimorfismo regional
- Distribuição centrípeta das lesões
- Vesículas superficiais e delicadas com halo eritematoso ao redor
- Prurido intenso
- Acomete couro cabeludo e mucosas
- Fase de crosta das lesões não é mais infectante



**Varicela:
polimorfismo regional**

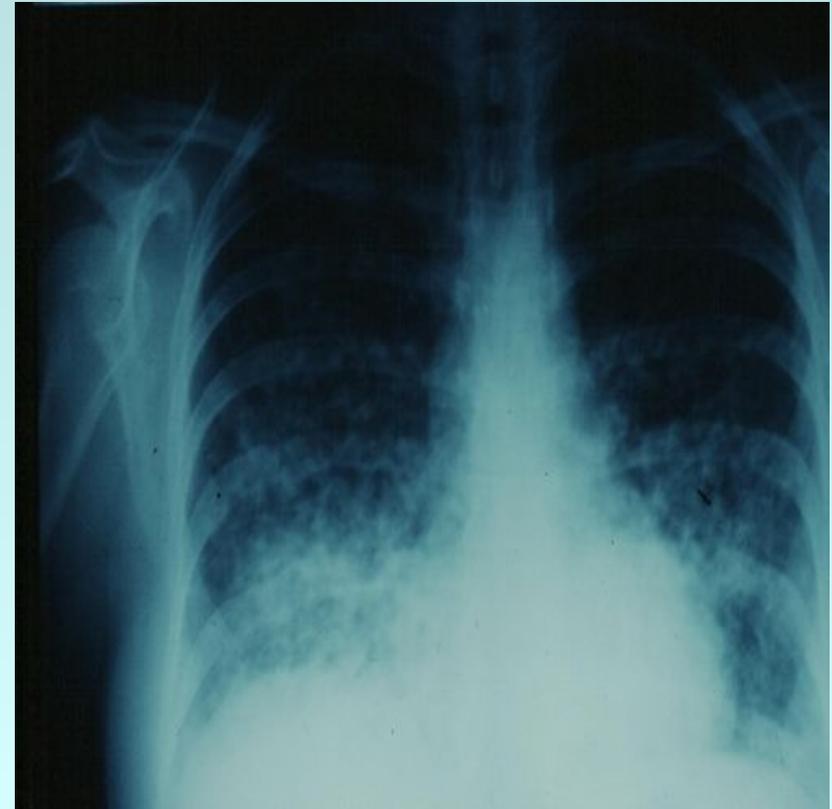


**Presença de lesões em diferentes estágios de evolução
no mesmo local**

Varicela: complicações



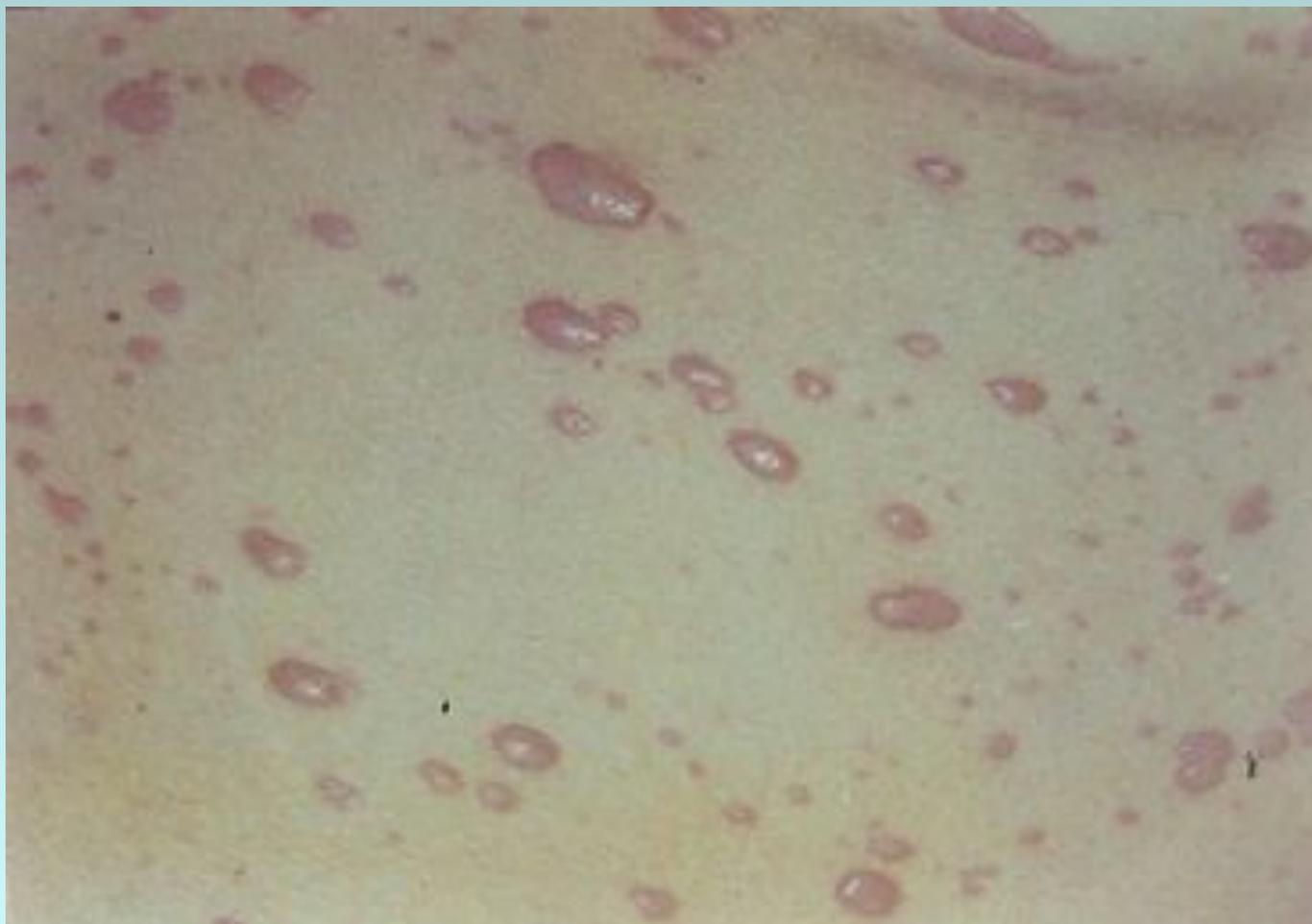
- Infecção secundárias das lesões de pele**
- Pneumonia**



Varicela

Profilaxia:

- Vacina nas primeiras 96 horas após contato pode proteger ou atenuar a doença
- Não faz parte do PNI



Varicela no imunodeprimido

Herpes Zoster

É a infecção pelo vírus VZ em forma latente (reativação do VVZ em indivíduos que já tiveram varicela)

Há migração do vírus através do nervo, atingindo um dermatomo correspondente

Manifesta por lesões semelhantes às de varicela, porém mais localizadas, seguindo o trajeto de 1 ou mais nervos

Período prodrômico: cefaléia, fotofobia e mal estar geral. Raro febre. Após +/- 5 dias há surgimento das lesões

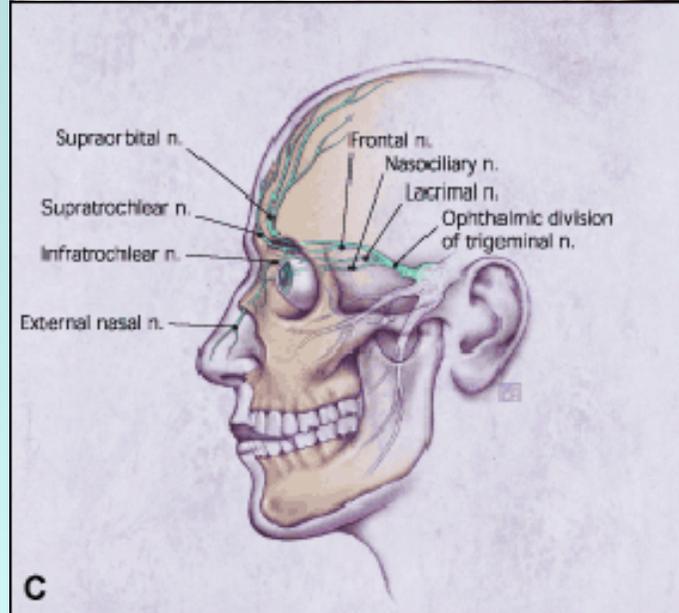


| |
|---|
| Herpes Zoster |
| Dor |
| Ausentes |
| Acometimento de um único dermatomo Unilateral |
| Duração: 12 a 15 dias |
| Clínico Esfregaço de material de vesícula: células com inclusão viral Sorologia (pouco disponível na prática) |
| Leucopenia ou leucócitos normais Linfocitose |
| Aciclovir Analgésicos |

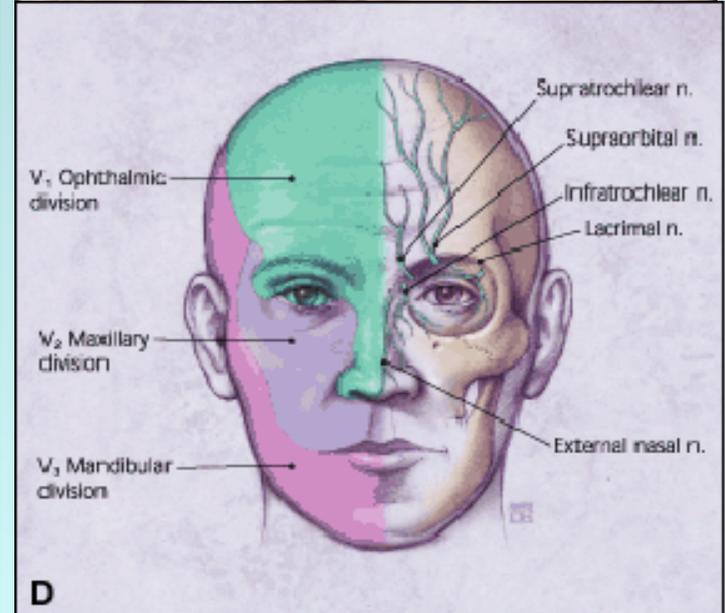
Herpes Zoster



Herpes Zoster Facial: Oftálmico

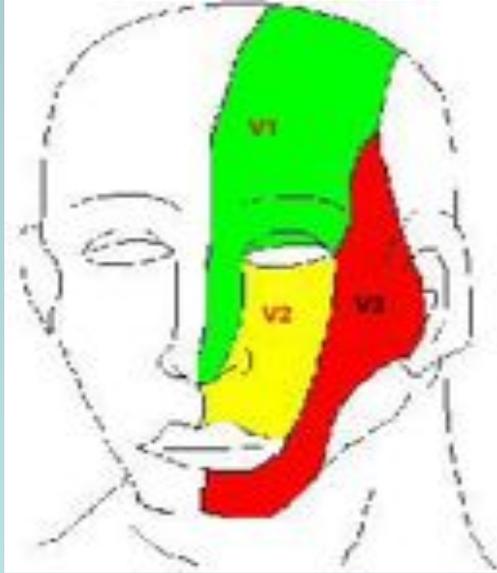


© 2002 STEVE OH



© 2002 STEVE OH

The hallmark of herpes zoster ophthalmicus is a vesicular rash that involves the first (ophthalmic) division of the fifth cranial nerve that presents in a dermatomal distribution and respects the midline (a). The upper eyelid is commonly involved with edema, inflammation, and resultant ptosis (b). The sensory distribution of the ophthalmic (V₁) division of the trigeminal nerve (c,d)



Ramo oftálmico



Herpes Zoster Facial Ramo maxilar



Ramo mandibular



Herpes Zoster

Complicações:

- Nevralgia pós herpética: dor que persiste por mais de 30 dias após início do rash ou depois da cicatrização das lesões cutâneas. Incidência e duração estão relacionados com a idade da paciente
- Encefalite, mielite, paralisia nervo-periférica

Fatores de risco para reativação do VVZ:
imunossupressão, extremos de idade, estresse

Precauções: isolamento até fase de crostas das lesões

- Varicela e Herpes Zoster disseminado: precauções de contato + aerossóis
- Herpes Zoster localizado em imunodeprimido: precauções de contato + aerossóis
- Herpes Zoster localizado em imunocompetente: precauções-padrão



Infecção Primária pelo HSV-1

Gengivoestomatite herpética aguda:

-PI:2 - 12d

- 1-4a e adultos

- início súbito: febre, irritabilidade, cefaléia, dor de garganta, lesões em mucosa de orofaringe (placas ou úlceras)

- duração: 1-7d; 10-14d

-crianças: faringite com pequenas vesículas dolorosas + hálito fétido, adenomegalia cervical

- capacidade de latência em indivíduos infectados: recorrência

Gengivoestomatite herpética aguda: HSV-1



Herpes labial: HSV-1



Infecção Primária pelo HSV-2

Vulvovaginite herpética aguda e lesões penianas/anais:

- adolescentes e adultos**
- DST**
- constitucionais: febre, cefaléia, fadiga e mialgia**
- linfadenomegalia inguinal**
- dor local**
- disúria e febre**
- região perianal: edema, hiperemia e ulcerações**
- proctite: dor, tenesmo e corrimento, ulceração discreta**
- vesículas ou pápulas → ulcerações → crosta → reepitelização**
- capacidade de latência em indivíduos infectados: recorrência**

Lesões herpéticas penianas: HSV-2



Infecção Primária pelo HSV

Encefalite e Meningoencefalite herpética aguda

- **HSV-1 (menos freqüentemente pelo HSV-2)**
- **rápida/e progressiva e fatal (1-2 sem)**
- **inicia-se 3-12 d após as lesões**
- **febre, cefaléia, vômitos, fotofobia e rigidez de nuca**

Infecção Primária pelo HSV

Infecção neonatal

- HSV-2(canal de parto)**
- final do primeiro semestre**
- manifestações nos primeiros 14d:**
 - Encefalite (1/3)**
 - Oculomuco-cutâneo(2/3)**
 - Disseminada**
- letalidade: 85%**

Varíola

Poxvirus variolae

Mundialmente erradicada desde 1970: vacinação em massa

Transmissão: via respiratória por contato íntimo com caso

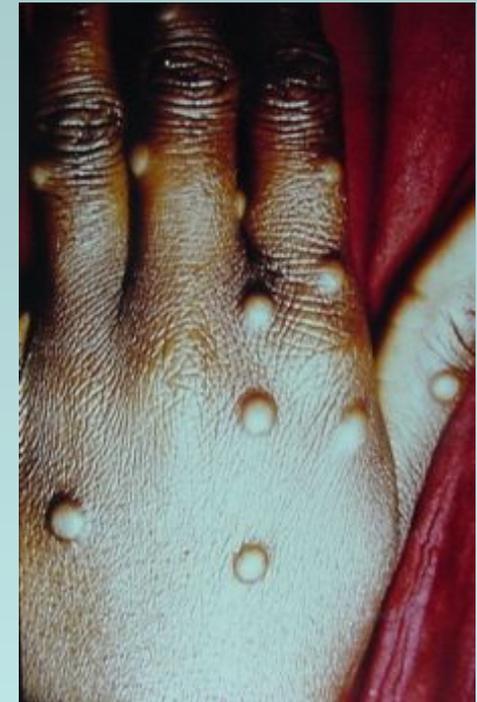
Faixa etária: qualquer

Exantema papulovesicular disseminado que acomete palmas e plantas, isomorfismo regional (lesões em mesmo estágio) distribuição centrífuga

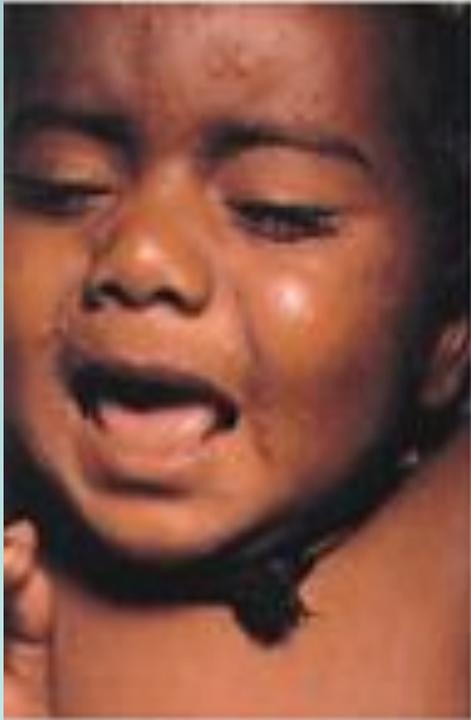
Apresentação clínica:

-varíola *major*: quadro grave com letalidade 20%

-varíola *minor*: quadro benigno, letalidade 1%



Day 3



Day 5



Day 7



Varíola

Varíola

Período prodômico:

toxemia com 2-3 dias de febre, cefaléia, dores pelo corpo e mal estar geral podendo ocorrer náuseas, vômitos, prostração, sínd. respiratória. Esse período melhora ou até desaparece com instalação do exantema



Lesões seguem curso definido típico:

mácula → pápula → vesícula → pústula → crosta → cicatriz
monomórficas

Diagnóstico: exame direto do material das lesões de pele, sorologia



Variola

**Exantema
papulovesicular:
isomorfismo regional**



Doença da Mão Pé Boca



Coxsackie A16Virus



Doenças que se manifestam com exantema petequial

- Meningococemia**
- Dengue**
- Febre maculosa**

Diagnóstico diferencial dos exantemas petequiais

| | Meningococcemia | Dengue | Dengue Hemorrágico | Febre Maculosa |
|--------------------------------------|---|--|---|--|
| Período prodrômico | Febre, indisposição (Gripe símile) | Febre, mal-estar (Gripe símile) | Febre, mal-estar (Gripe símile) | Início súbito Às vezes: febre baixa, calafrios, mal-estar |
| Sinais característicos | Evolução rápida Sinais de irritação meníngea Rebaixamento do nível de consciência | Cefaléia Dor retroorbitária Mialgia Artralgia Dor abdominal Náuseas e vômitos | Os mesmos de Dengue, mais: Sangramentos (epistaxe, sangramento gengival) | Picada do carrapato (raramente identificada) Cefaléia, mialgia, fotofobia Náuseas, vômitos, dor abdominal |
| Característica e duração do exantema | Petéquias Púrpura Áreas de necrose Duração: 7 a 10 dias | Inicialmente eritema Em 3 a 4 dias (lise da febre): exantema máculopapular e às vezes escarlatiniforme Petéquias nas faces extensoras dos membros Duração: 5 a 7 dias | Prova do laço positiva Máculopapular petequial (equimoses) Duração: variável | Aparecimento: entre o 2º e o 6º dia de doença – maculopapular Disseminação centrípeta Início: punhos, cotovelos, palmas das mãos e plantas dos pés; a seguir: tronco e face Em poucos dias: petéquias, sufusões hemorrágicas confluentes Duração: 5 a 7 dias |
| Diagnóstico específico | Bacterioscópico das lesões de pele: cocos Gram negativos Cultura das lesões de pele Hemocultura | Sorológico: Elisa de captura de IgM (Mac-Elisa) Amostra deve ser coletada a partir do 5º dia de doença | Sorológico: Elisa de captura de IgM (Mac-Elisa) Amostra deve ser coletada a partir do 5º dia de doença | Clínico Sorológico: anticorpos se tornam detectáveis na convalescença (IFI, Elisa) |
| Hemograma | Leucocitose Neutrofilia Desvio à esquerda anaeosinofilia | Leucopenia Neutropenia Plaquetopenia | Hemoconcentração Plaquetopenia | Leucocitose ou leucócitos normais Neutrofilia Plaquetopenia |
| Tratamento | Antibióticos (penicilinas, cefalosporinas) | Sintomático NÃO USAR ASPIRINA | Hidratação Reposição de eletrólitos NÃO USAR ASPIRINA | Antibioticoterapia Cloranfenicol; tetraciclina; doxiciclina (Ciprofloxacina, claritromicina) |

Meningococemia

-*Neisseria meningitidis*, coco gram -, diplococo

-PI: curto até 1 dia, variável entre 2 a 5 dias

-doença ubiqüitária endêmica

-idade: risco de adquirir a doença existe em todas faixas etárias, mas é inversamente proporcional à idade

-em SP, 50% dos casos acontece em menores de 5 anos

-meningococo pode ser encontrado na orofaringe de indivíduos durante toda vida sem causar doença: estado de portador crônico assintomático (processo imunizante)

-é causa de faringoamigdalite purulenta: dg. diferencial com faringoamigdalites estreptocócicas

-na ausência de imunidade protetora: meningococo na corrente sanguínea levando a bacteremia (meningococemia) com acometimento de vários órgãos. A *N. meningitidis* tem tropismo pelo SNC levando a meningite/meningoencefalite.

| Meningococemia |
|---|
| Febre, indisposição (Gripe símile) |
| Evolução rápida Sinais de irritação meníngea Rebaixamento do nível de consciência |
| Petéquias Púrpura Áreas de necrose Duração: 7 a 10 dias |
| Bacterioscópico das lesões de pele: cocos Gram negativos Cultura das lesões de pele Hemocultura |
| Leucocitose Neutrofilia Desvio à esquerda anaeosinofilia |
| Antibióticos (penicilinas, cefalosporinas) |

Meningococemia

- transmissão: contato com secreção respiratória de portadores da bactéria em orofaringe e rinofaringe
- presença de exantema purpúrico ou hemorrágico: em extremidades dos membros e regiões da pele submetidas a pressão. Podem ser vistas em mucosas da conjuntiva palpebral e ocular
- as petéquias correlacionam com o nível de plaquetopenia, podem coalescer e atingir planos mais profundos originando as equimoses ou sufusões hemorrágicas
- diagnóstico: exame bacteriológico com isolamento da *N. meningitidis* em sangue, líquido, líquido sinovial, derrame pleural ou pericárdio





Meningococemia

Meningococemia

Profilaxia:

-vacina não contempla todos os sorogrupos de meningococo (no Brasil, vacinas polissacarídeas combinadas para o meningococo A+C e B+C e a vacina conjugada para meningococo C)

-uso de quimioprofilaxia para contactantes domiciliares:

Rifampicina 600mg 12/12h por 2 dias ou
ciprofloxacino 500mg dose única



Dengue

***Flavivirus*, vírus RNA**

| |
|--|
| Dengue |
| Febre, mal-estar (Gripe símile) |
| Cefaléia Dor retroorbitária Mialgia Artralgia Dor abdominal Náuseas e vômitos |
| Inicialmente eritema Em 3 a 4 dias (líse da febre): exantema máculopapular e às vezes escarlatiniforme Petéquias nas faces extensoras dos membros Duração: 5 a 7 dias |
| Hemocultura |
| Leucopenia Neutropenia Plaquetopenia |
| Sintomático |
| NÃO USAR ASPIRINA |

Dengue

Transmissão: picada do mosquito transmissor: *Aedes aegypti* que transmite o vírus

Dengue Clássica

Q clínico: doença febril aguda com duração máxima de 7 dias associado a cefaléia, dor retrorbitária, mialgia, artralgia, maioria apresenta exantema petequial em geral tênue e difuso que desaparece em até 5 dias, eventualmente com descamação. Pode haver prurido cutâneo associado. Há micropoliadenopatia generalizada, hepatomegalia discreta, leucopenia com linfocitopenia, plaquetopenia, transaminases 2-3XLSN. Doença limitada e benigna

Prova do laço positiva: indica fragilidade capilar

Insuflar o manguito por 5 minutos até a média calculada dos valores da PAS e PAD;

Contar número de petéquias em quadrado de 2,5 cm

> 20 petéquias: positivo para adultos

>10 petéquias: positivo para cçs

Febre hemorrágica do Dengue: FHD

Q clínico inicial é similar ao do dengue clássico, entretanto fenômenos hemorrágicos surgem entre o 3 a 5 dia de doença com petéquias na face, veu palatino, axilas e extremidades, pode haver equimoses, sangramentos de mucosas, hematêmese ou melena, há hemoconcentração (>20% do Htc normal), plaquetopenia, elevação de transaminases hepáticas, consumo de fatores de coagulação e hepatoesplenomegalia dolorosa

Sinais de alerta no dengue: risco de progressão para FHD

- dor abdominal intensa e contínua;**
- vômitos persistentes;**
- hepatomegalia dolorosa;**
- derrames cavitários:derrame pleural/ascite;**
- espessamento da vesícula biliar;**
- sangramentos importantes;**
- hipotensão arterial/redução de diurese;**
- letargia/agitação**

Diagnóstico: Sorologia após o 7 dia de início de sinais e sintomas

Prova do Laço positiva



FHD



FHD: hemorragias espontâneas





FHD:
exantema petequial com
áreas de sufusões
hemorrágicas

Rickettsiose: Febre Maculosa das Montanhas Rochosas/Brasileira

***Amblyomma cajennense*:**
carrapato espécie do
Brasil



***Rickettsia rickettsii*, família Rickettsiaceae**
Cocobacilo, gram negativo, pleomórfico

Transmissão: vetorial através da picada ou do contato percutâneo com fluídos e tecidos de carrapatos infectados

Faixa etária: pré-escolar e escolar

As riquétsias infectam as céls endoteliais de todo organismo levando a um processo de vasculite disseminada

Rickettsiose: Febre Maculosa das Montanhas Rochosas/Brasileira

Febre, cefaléia e exantema constitui a tríade clínica clássica

Exantema geralmente ocorre após o terceiro dia do início dos sintomas. Inicialmente há **padrão maculopapular** acometendo punhos, tornozelos, e logo em seguida a palma das mãos e pés. Há uma tendência a disseminação centrípeta do exantema com acometimento de braços, pernas e tronco e posteriormente evolução para **padrão petequial purpúrico difuso** podendo levar a extensas sufusões hemorrágicas

Diagnóstico: sorológico, cultura e PCR – Biologia molecular

Rickettsiose: Febre Maculosa das Montanhas Rochosas/Brasileira



- **O exantema envolve palma e planta do pé em 50% a 80% dos pacientes**



Rickettsiose: Febre Maculosa das Montanhas Rochosas/Brasileira



**Exantema inicial
maculopapular em
região plantar do pé**



**Exantema tardio
petequial em palma e
braço**