

FACSETE- Faculdade Sete Lagoas

Sâmia Fernanda de Sousa Sá Franco

DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA NA PRIMEIRA INFÂNCIA – RELATO DE CASO

São Luís

2020

Sâmia Fernanda de Sousa Sá Franco

DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA NA PRIMEIRA INFÂNCIA – RELATO DE CASO

Monografia apresentada ao programa de pós-graduação em Odontologia da Faculdade Sete Lagoas – FACSETE, como requisito para obtenção do título de especialista em Odontopediatria.

Orientador(a): Prof.^a Clarissa Lopes Vieira

São Luís
2020

Monografia intitulada: **DOENÇA MÃO -PÉ- BOCA NA PRIMEIRA INFÂNCIA –
RELATO DE CASO** de autoria da aluna: Sâmia Fernanda de Sousa Sá Franco.

Aprovada em __/__/__ pela banca constituída dos seguintes professores:

Orientador(a): Prof.^a Clarissa Lopes Vieira

Prof.:

Prof.:

São Luís
2020

Faculdade Sete Lagoas- FACSETE
Rua Ítalo Pontelo 50- 35700_ Set Lagoas, MG
Telefone (31) 3773 3268 – www.facsete.edu.br

Para Théo! Meu filho, minha maior inspiração!!

AGRADECIMENTOS

Á Deus por todo seu amor e por estar presente em todos os momentos de minha vida, sendo meu amparo e meu guia. TUDO POSSO NAQUELE QUE ME FORTALECE.

A minha família, em especial ao meu filho Théo.

A toda a equipe de professores de Odontopediatria do Instituto Pós saúde, em especial ao professor Tarcísio, por todo ensinamento passado durante todo o curso. A você professor todo o meu agradecimento e admiração.

À professora Clarissa, por toda orientação fundamental para realização desse trabalho.

Às minhas colegas de turma pela convivência e amizade. Jamais vou esquecer de vocês meninas.

Aos meus pequenos pacientes atendidos durante todo o curso, cada um deles tem um lugarzinho especial no meu coração. E a todos que fizeram parte da minha trajetória na odontopediatria. Agradeço infinitamente.

“Deus nos fez perfeitos e não escolhe os capacitados, capacita os escolhidos.”

Fazer ou não fazer algo, só depende de nossa vontade e perseverança.

(Albert Einstein)

SÚMARIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. RELATO DE CASO.....	11
2.1 CASO 1.....	11
2.2 CASO 2.....	13
3. DISCUSSÃO.....	15
4 .CONCLUSÃO.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

RESUMO

A doença mão-pé-boca (DMPB) é uma enfermidade contagiosa causada pelo vírus *Coxsackie*, da família dos enterovírus, que habitam normalmente o sistema digestório. Provocam estomatites e lesões ulceradas na palma das mãos e planta dos pés. Embora possa acometer também os adultos, ela é mais comum na infância, antes dos cinco anos de idade. A transmissão ocorre de pessoa para pessoa através do contato direto com saliva, fezes, fluido vesicular ou gotículas respiratórias de uma pessoa infectada, ou indiretamente por objetos contaminados. O odontopediatra é muitas vezes o prestador de cuidados primários, e deve estar esclarecido em relação às manifestações desta doença, especialmente as bucais, para informar os pais e evitar possíveis contágios.

Objetivo: Demonstrar as principais características da DMPB, dando ênfase nas lesões bucais, através dos relatos de casos clínicos.

Palavras chaves: doença mão- pé-boca, sinais clínicos, odontopediatria

ABSTRACT

Hand-foot-mouth disease (BMPD) is a contagious disease caused by the Coxsackie virus, of the family of enteroviruses, which normally inhabit the digestive system. They cause stomatitis and ulcerated lesions on the palms and soles. Although it can also affect adults, it is more common in childhood, before the age of five. Transmission occurs from person to person through direct contact with saliva, feces, vesicular fluid or respiratory droplets from an infected person, or indirectly through contaminated objects. The pediatric dentist is often the primary care provider, he must be informed about the manifestations of this disease (especially oral manifestations) to inform parents and avoid possible contagions.

Key words: Hand, food and mouth disease, Clinical signs, Pediatric dentistry

1. INTRODUÇÃO

A doença Mão-Pé-Boca (DMPB) é uma doença eruptiva viral, mais frequentemente causada pelo *enterovírus Coxsackie A16*, podendo ser causada pelos vírus *Coxsackie A5, A7, A9, A10, B 2 e B5* e *enterovírus 71*. A infecção é altamente contagiosa e geralmente ocorre como evento isolado. Porém, epidemias podem ocorrer regularmente, como um surto na China em 2003 causado pelo *Echovirus 19* (CRISTOVAM M.A.S et al 2014). Para a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), a DMPB não é considerada de notificação compulsória. Entretanto, a ocorrência de dois ou mais casos relacionados devem ser notificados como surto.

Cristovam et al. (2014) relataram que a DMPB possui um período de incubação de 3-6 dias, febre alta nos dias que antecedem o surgimento das lesões, dor na garganta e perda de apetite. Após o período de incubação surgem as lesões bucais na mucosa, língua, palato e úvula, que se apresentam como manchas vermelhas, com vesículas branco-acinzentadas no centro, que podem evoluir para ulcerações muito dolorosas. Posteriormente se iniciam máculas eritematosas que progridem para vesículas em faces plantares e interdigitais das mãos e pés, podendo ocorrer também nas nádegas e região genital. As lesões podem ser assimétricas, dolorosas e pruriginosas. A implantação viral inicial na mucosa bucal é seguida por disseminação para os nódulos linfáticos em 24 horas. Uma viremia rapidamente se segue, com difusão para a mucosa oral e pele. No sétimo dia, os níveis de anticorpos aumentam, neutralizando os vírus que são eliminados.

A transmissão se dá pela via fecal/oral, através do contato direto entre as pessoas ou com as fezes, saliva e outras secreções, ou através de alimentos e de objetos contaminados. Mesmo depois de recuperada, a pessoa pode transmitir o vírus pelas fezes durante aproximadamente quatro semanas (VARELLA, 2016).

Segundo Ribeiro et al (2012), as manifestações bucais são muito comuns e podem ser os primeiros sinais da doença. Essas lesões bucais podem indicar o início ou evolução de alguma enfermidade, e, portanto, podem funcionar como um sistema de alarme precoce para algumas doenças. Como a boca representa claramente um importante reservatório de microorganismos, estes podem acarretar doença sistêmica. Destaca-se o microorganismo *Streptococcus viridans*, que faz parte da microbiota oral de indivíduos saudáveis e pode causar endocardite e septicemia. Nesse contexto, é importante que os profissionais de saúde tenham este conhecimento frente a doenças infecciosas e aumentem sua atenção à saúde bucal. Infecções orais geralmente são assintomáticas e podem resultar em bacteremia, apesar da ausência evidente de sintomas.

Deve-se ressaltar também a importância do diagnóstico das manifestações bucais de doenças sistêmicas pelos profissionais da saúde. Por ser uma doença mais comum na infância, e a boca poder ser o sítio primário da contaminação, via de transmissão e local dos primeiros sinais da doença, fica clara a importância do conhecimento da DMPB pelos profissionais de Odontopediatria. (RIBEIRO, B.B. 2012)

Desta forma, o objetivo do presente trabalho foi demonstrar as manifestações clínicas da DMPB bem como o delineamento do tratamento através de relatos de casos clínicos.

2. RELATO DE CASO

2.1 Caso 1

Paciente do sexo masculino, 2 anos, natural e residente em Barra do Corda- MA. Apresentou febre e mal-estar 2 dias antes do aparecimento das lesões. Os sintomas foram dor na garganta, perda de apetite, dificuldade de se alimentar e muita salivacão. Os sinais clínicos encontrados foram vesículas bolhosas na boca, lábios, língua e bochechas, regiões dos pés, mãos, se estendendo para os braços, cotovelos, nádegas e região genital, conforme está demonstrado nas Figs. 1 e 2.



Figura 1, 2 e 3. Lesões eritematosas por todo o corpo. Mais predominante em braços, pernas, mãos e pés. Fonte: Autor.

A criança sempre falava que doía á boca e por causa das muitas lesões na parte interna bucal, optou-se por utilizar uma alimentação líquida e pastosa. Logo após o aparecimento das lesões nas mãos e pés, iniciou-se a queixa de prurido, interferindo no sono da criança.

Com base no quadro clínico, o diagnóstico final foi de DMPB, onde o tratamento foi à base de medicamentos sintomáticos, como antitérmico, anti-inflamatório e nistatina para alívio das lesões bucais.

A remissão das queixas coincidiu com o início da descamação da pele nas extremidades das mãos e dos pés, conforme é demonstrado na Figura 4. Depois de 8 a 10 dias os sintomas desapareceram.



Figura 4. Descamação nos dedos dos pés. Fonte Autor.

2.2 Caso 2

Paciente do sexo masculino, 1 ano e 5 meses, natural e residente em Barra do Corda – MA. Os sinais clínicos apresentados foram vesículas bolhosas localizadas nas mãos, pés e parte externa ao redor dos lábios, se estendendo para braços, pernas, nádegas e região genital. Não apresentou febre. A mãe relatou que na ida ao pediatra diagnosticou-se como DMPB. O tratamento proposto foi à base de banho com Cloridrato de benzidamina (Flogo rosa). Depois de 2 semanas os sintomas desapareceram. As Figuras 5, 6, 7 e 8 demonstram o quadro clínico deste caso;



Figura 5 e 6. Lesões eritematosas ao redor dos lábios, mãos e cotovelos

Fonte: Mãe da criança



Figura 7e 8: Lesões eritematomaculosas nas plantas dos pés e braços
Fonte: Mãe da criança

3. DISCUSSÃO

A DMPB, é uma enfermidade contagiosa causada pelo vírus *Coxsackie*, da família dos *enterovírus*, que habitam normalmente o sistema digestório e também podem provocar estomatites. Embora possa acometer também os adultos, ela é mais comum na infância, antes dos cinco anos de idade. O nome da doença é pé-mão-boca, pois entre os sintomas estão o surgimento de lesões principalmente nessas partes do corpo. A transmissão se dá pela via fecal/oral, através do contato direto entre as pessoas ou com as fezes, saliva e outras secreções, ou então através de alimentos e de objetos contaminados. (VARELLA, 2016)

Geralmente a doença se inicia com febre, falta de apetite e mal estar nos dias que antecedem o surgimento das lesões. Posteriormente, observa-se o aparecimento na boca, amígdalas e faringe de manchas vermelhas com vesículas branco-acinzentadas no centro que podem evoluir para ulcerações muito dolorosas. Ocorre também a erupção de pequenas bolhas nas palmas das mãos e nas plantas dos pés, e menos frequentemente nas nádegas e na região genital. No primeiro caso relatado a criança apresentou febre 2 dias antes do aparecimento das lesões, já no segundo a criança não apresentou febre. No caso 1 os sinais clínicos foram vesículas bolhosas na boca, lábios, língua e bochechas, regiões dos pés, mãos, se estendendo para os braços, cotovelos, nádegas e região genital (Figuras 1, 2 e 3). Já no relato de caso 2, paciente não apresentou lesões na parte interna da boca, somente na parte externa, ao redor dos lábios (Figura 5). Dependendo da intensidade das manifestações clínicas, a presença das lesões intrabucais pode inclusive interferir na alimentação da criança, como foi relatado pela mãe no primeiro caso. Isto não aconteceu no segundo caso, onde a criança não apresentou febre e as lesões bucais apareceram extrabucalmente, sem interferir na alimentação.

No caso relatado por Cristovam et al (2014) , as manchas eram indolores e não causavam prurido, mas poderiam progredir para pequenas bolhas potencialmente dolorosas. Nos dois casos relatados aqui, os pacientes reclamavam de desconforto nas lesões cutâneas. No caso 1 houve prurido nas regiões dos pés, logo após o aparecimento das lesões. Ponte et al (2017), em seu relato de caso, descreveram que o paciente também apresentou prurido nas lesões depois de algumas horas do seu aparecimento, e o paciente relatou que seu pés começaram a doer “como se pisasse em pregos”. Assim, pode ser percebido que a DMPB nem sempre se apresenta da mesma forma, tendo variação dos sintomas. Ainda não existe vacina contra a DMPB. Em geral, como ocorre com outras doenças por vírus, ela regride espontaneamente depois de alguns dias e raramente ocasiona complicações (VARELLA, 2016).

Não há tratamento específico para a DMPB e os sintomas desaparecem, em média, depois de 7 a 10 dias. Em ambos os casos relatados o desaparecimento das lesões ocorreram respeitando esse intervalo de tempo. Foram realizados tratamentos sintomáticos, sem complicações e sem necessidade de hospitalização. Os medicamentos prescritos para o tratamento da DMPB são sintomáticos e incluem o paracetamol e o ibuprofeno, que auxiliam no alívio da dor e como antitérmicos (VARELLA, 2016). A criança do caso 1 fez uso desses medicamentos para alívio dos sintomas, além de nistatina para alívio das lesões bucais. Já a criança do caso 2 para alívio dos sintomas foi tratada com banho à base de Cloridrato de benzidamina, (Flogo rosa), que é um medicamento que apresenta propriedades antiinflamatórias, analgésicas e anestésicas, antibacteriana e antifúngica. Indicado também para tratamento de processos inflamatórios ginecológicos. Mas na literatura não foi encontrado indicação de seu no tratamento da DMPB. Complicações da DMPB são raras e podem incluir desidratação, infecção secundária e meningite (CRISTOVAM M.A.S, 2014). O que não aconteceu em nenhum dos dois casos relatados. A SBP- Sociedade Brasileira de Pediatria (2019) em um artigo publicado sobre DMPB relatou que em casos com lesões que acometem áreas extensas e muitas lesões na cavidade oral pode ser necessária a internação via sonda nasogástrica pela dificuldade de deglutição e nos pacientes com infecção secundária são indicados antibióticos.

Vaisbich et al (2010) relataram um caso de uma paciente de 3 anos de idade, sexo feminino, que apresentou acometimento muscular importante, rabdomiólise e hepatite como complicações da DMPB. A rabdomiólise é uma síndrome caracterizada por destruição da musculatura esquelética, com extravasamento de proteínas, principalmente mioglobina, e eletrólitos para a circulação. Assim, destaca-se a importância da monitorização da doença, lembrando que a mesma representa causa frequente de doença exantemática na infância e que essas complicações são raramente descritas na literatura, mas que podem acontecer.

A consequência mais comum na DMPB é a desidratação secundária e à odinofagia intensa, que é a dificuldade de deglutir, causada por úlceras orais dolorosas. Para uma melhora da sintomatologia, deve ser realizada administração de analgésicos para alívio das queixas e reforçada a necessidade da hidratação oral, preferencialmente a ingestão de líquidos frios (Dantas et al 2003) . Essa foi uma das principais queixas da criança do caso clínico 1, a dificuldade de se alimentar devido à presença de úlceras orais dolorosas. Por isso, é muito importante a orientação sobre a alimentação para que a criança não sofra uma desidratação.

Varella (2016) recomendou que o paciente permaneça em repouso, tome bastante líquido e alimente-se bem, apesar da dor de garganta. Deve-se fazer preferência por alimentos pastosos, como purês e mingaus, assim como gelatina e sorvete, por serem mais fáceis de engolir. Deve-se também evitar alimentos ácidos, muito quentes e condimentados. Bebidas geladas, como sucos naturais, chás e água são indispensáveis para manter a boa hidratação do organismo, uma vez que podem ser ingeridos em pequenos goles, além de recomendar-se aos pais que as crianças devem ficar em casa, em repouso, enquanto durar a infecção.

Mácaro M E. (2018) relatou que o risco de transmissão para a DMPB pode ser reduzido através: Lavagem frequente e correta das mãos, especialmente após troca de fraldas e de usar o banheiro. Correta higiene de bicos chupetas e mamadeiras, mordedor, talheres. Limpeza de superfície e brinquedos, primeiramente com água e sabão e então com desinfetando com

uma solução a base de alvejante com cloro. Evitando contato próximo com pessoas com a DMPB.

Por ser uma doença mais comum na infância, considerando que a boca pode ser sítio primário da contaminação e via de transmissão da doença, além dos primeiros sinais clínicos serem de repercussão oral, fica clara a importância do conhecimento dessa doença pelos profissionais de Odontopediatria.

4. CONCLUSÃO

A doença mão-pé-boca é benigna e típica da infância, que raramente evolui para complicações. Os casos relatados receberam apenas tratamentos sintomáticos, sem complicações e sem necessidade de hospitalização. Por ser uma doença mais comum na primeira infância e um dos seus sinais clínicos serem lesões na cavidade bucal, fica clara a importância dos profissionais de Odontopediatria por proporcionar os cuidados primários e a orientação dos pais.

REFERÊNCIAS

CRISTOVAM MAS, et al. 2014. Síndrome mão-pé-boca: relato de caso. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v.16, n.1, p. 42-45, jan./mar. 2014.

DANTAS, Ana et al 2003 Doença mão-pé-boca no adulto – a propósito de um caso clínico **Rev Port Med Geral Fam** 2013;29:62-5

MACARIO M E, 2018 Orientações referente a síndrome mão pé boca. Disponível em: www.dive.se.gov.br. Acesso em 10 de nov. 2019

PONTE, Ribeiro Ives et al, 2018. Doença mão pé boca em adulto : relato de caso. **V Acadêmico** do curso de medicina do centro universitário INTA- UNINTA. 2018

RIBEIRO, Bruna B. et al 2012. Importância do reconhecimento das manifestações bucais de doenças e das condições sistêmicas pelos profissionais de saúde com atribuição de diagnóstico. **Odonto** 2012; 20(39): 61-70

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019. Síndrome mão-pé-boca é tema de novo documento científico da SBP. Disponível em : www.sbp.com.br. Acesso em 11 nov 2019

VARELLA, Drauzio 2016. Doença mão pé boca. Disponível em www.drauziovarella.uol.com.br. Acesso em 10 nov 2019

VAISBICH M. Helena; TOSSI, Roberto; BALDACCI, E. Roberto. Evandro Roberto. 2010. Miosite e rabdomiólise na doença mão-pé-boca na infância. **Rev Paul Pediatr** 2010;28(1):109-14.

Anexos

FACULDADE DE SETE LAGOAS FACSETE

ESTUDOS TIPO RELATO DE CASO

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA RELATO DE CASO

O (A) Sr (a). Sâmia Fernanda de S. Sá está sendo convidado a participar de um estudo do tipo Relato de Caso. Para isso pedimos sua autorização para utilização de dados clínicos, laboratoriais e/ou lâminas histológicas do caso clínico/cirúrgico e documentação radiológica e fotográfica que se encontram no prontuário de seu filho, para apresentação do mesmo em encontro científico e publicação do caso em revista científica ou livro como "Relato de Caso". Nosso objetivo é discutir o relato do caso. As imagens do caso serão divulgadas, porém não permitirão identificação em hipótese alguma.

Ao autorizar a divulgação deste Relato de Caso o Sr(a). não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A sua autorização é voluntária, e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

O Relato de Caso estará à sua disposição quando finalizado. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr(a).

Eu, Sâmia Fernanda de S. Sá portador (a) do documento de Identidade 027 538 663 - 60 fui informado (a) a respeito do objetivo deste estudo de caso, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. Declaro que autorizo a utilização de dados clínico-laboratoriais do caso do meu filho. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

São Luis, 26 de Janeiro de 2020

Nome Assinatura participante Data Sâmia Fernanda 26/01/20

Nome Assinatura pesquisador Data Sâmia Fernanda 26/01/20

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Nome do Pesquisador Responsável: Sâmia Fernanda

Endereço: Fone: (99) 8452-3818 E-mail: SAMIA - NANO A@HOTMAIL.COM

FACULDADE DE SETE LAGOAS FACSETE

ESTUDOS TIPO RELATO DE CASO

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA RELATO DE CASO

O (A) Sr (a) Deborah Caroline D. N. dos Santos está sendo convidado a participar de um estudo do tipo Relato de Caso. Para isso pedimos sua autorização para utilização de dados clínicos, laboratoriais e/ou lâminas histológicas do caso clínico/cirúrgico e documentação radiológica e fotográfica que se encontram no prontuário de seu filho, para apresentação do mesmo em encontro científico e publicação do caso em revista científica ou livro como "Relato de Caso". Nosso objetivo é discutir o relato do caso. As imagens do caso serão divulgadas, porém não permitirão identificação em hipótese alguma.

Ao autorizar a divulgação deste Relato de Caso o Sr(a). não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. A sua autorização é voluntária, e a recusa em autorizar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

O Relato de Caso estará à sua disposição quando finalizado. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr(a).

Eu, Deborah Caroline D. N. dos Santos portador (a) do documento de Identidade _____ fui informado (a) a respeito do objetivo deste estudo de caso, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações. Declaro que autorizo a utilização de dados clínico-laboratoriais do caso do meu filho. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido.

São Luis, 26 de Janerio de 2020

Nome Assinatura participante Data Deborah Caroline D. N. dos Santos 26/01/20

Nome Assinatura pesquisador Data Sâmia Fernanda 26/01/20

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Nome do Pesquisador Responsável: Sâmia Fernanda

Endereço: Fone: (99) 81523818 E-mail: SAMIA_NANOA@HOTMAIL.COM



Monografia intitulada: **DOENÇA MÃO -PÉ- BOCA NA PRIMEIRA INFÂNCIA –
RELATO DE CASO** de autoria da aluna: Sâmia Fernanda de Sousa Sá Franco.

Aprovada em 15/02/2020 pela banca constituída dos seguintes professores:

Clarissa Lopes Vieira

Orientador(a): Prof.ª Clarissa Lopes Vieira

Joséap Jorge L. de Oliveira

Prof.:

Jaudia de Castro Rizzo Maia

Prof.:

São Luís
2020