

SÍNDROME MÃO-PÉ-BOCA: UM RELATO DE CASO

Sophya Freire Murad Moraes de Almeida¹, Arthur Henrique Littig Hand¹, Letícia de Barros Maroni Machado¹, Maria Isabel de Castro Rui¹, Maria Vitória Souza Barbosa¹, André Carvalho Gonçalves¹, Luísa Torres Pires²

¹ Curso de Medicina, Universidade Vila Velha, Vila Velha-ES, Brasil. E-mail para correspondência: sophyamurad@gmail.com.

² Médica Pediatra, Hospital Maternidade Santa Úrsula, Vitória-ES, Brasil.

Introdução: A doença da mão, pé e boca é causada por sorotipos de enterovírus, principalmente o coxsackievírus do grupo A. O contágio ocorre por ingestão oral de vírus eliminados pelo trato gastrointestinal ou respiratório de pessoas contaminadas, sendo que período de incubação da doença varia de três a cinco dias. O quadro clínico clássico inclui formação de vesículas na mucosa jugal e na língua, além de lesões distribuídas nas mãos, pés, nádegas e genitália, acompanhadas de febre baixa. A infecção pelo coxsackie A, mais comumente, apresenta-se de forma incompleta, com manifestações limitadas à pele ou à mucosa oral (herpangina), isoladamente. O paciente apresenta também irritabilidade e anorexia, devido às lesões vesiculares na boca que logo se tornam úlceras dolorosas. Ocasionalmente, a infecção pode acometer o sistema nervoso central, sendo que o principal diagnóstico diferencial deve ser feito com a gengivoestomatite herpética, ou seja, infecção pelo Herpes Simplex Virus (HSV). A hospitalização pode ser indicada caso o paciente não consiga manter a hidratação adequada ou evolua para complicações neurológicas e cardiorrespiratórias. Nesses casos, a terapia com imunoglobulina intravenosa (IVIG) pode ser feita de caráter experimental em pacientes com evolução potencialmente fatal. Em geral, são feitos os cuidados de suporte, com uso de sintomáticos para controle da dor e febre. **Apresentação do caso:** Paciente pediátrico, feminino, 1 ano e 2 meses, iniciou com quadro de constante febre alta (cerca de 38,5°C) há 2 dias. Como conduta, foi prescrito ibuprofeno, na razão de 1 gota por quilograma, a cada 6 horas. Porém, a paciente por não apresentar melhora, foi levada para avaliação em Hospital Maternidade. No exame físico, observou-se a presença de vesículas com halo eritematoso, clássicas da síndrome mão-pé-boca, nas palmas das mãos e nas plantas dos pés. À oroscopia, notou-se a presença de úlcera e lesões eritematosas em língua e orofaringe, no entanto, a otoscopia, ausculta cardíaca e pulmonar não apresentaram alterações. Como conduta, primou-se por sintomáticos, como opção o tratamento combinado de ibuprofeno e dipirona, em intervalos de 3 horas para controle de temperatura, além de orientação quanto à higiene, evitar coçadura, hidratação, além de necessidade de afastamento de atividades coletivas e isolamento do convívio com outras crianças. A peculiaridade que se observou nesse caso foi a apresentação típica da síndrome, de incomum incidência, apresentando todas as características de um síndrome mão-pé-boca. **Conclusões:** A elaboração de uma hipótese diagnóstica precisa frente aos quadros não clássicos é uma tarefa difícil. Mesmo que existam apresentações clássicas, como a síndrome Mão-Pé-Boca descrita nesse relato, é preciso estar atento aos quadros atípicos. Por fim, vale ressaltar que não existem agentes antivirais qualificados para o tratamento da DMPB, fato que, somado ao dado de que a maioria das infecções por enterovírus possui caráter autolimitado, favorece uma terapia à base de analgésicos, antitérmicos e hidratação. Em casos mais severos, em que há presença de encefalites, paralisias e imunodeficiências; pode ser indicado o uso da imunoglobulina endovenosa específica, porém sua utilização não possui dados concretos que comprovem seus benefícios.