

“UMA QUESTÃO DE PINTA!” - UM CASO DE SÍNDROME MÃO-PÉ-BOCA NO ADULTO

“A MATTER OF SPOTS!” - A CASE OF HAND-FOOT-AND-MOUTH SYNDROME IN ADULTS

TIPO DE ARTIGO: Caso Clínico

AUTORES: Rodrigues C¹, Falcão D², Dias I³, Hernani-Eusébio J⁴.

INTRODUÇÃO

A síndrome mão-pé-boca (SMPB) é causada pelo grupo dos *enterovírus*, incluindo o vírus *Coxsackie A16* e o *Enterovírus 71* (1). É comum em crianças, sendo rara nos adultos, infectando aproximadamente 11% dos adultos expostos ao vírus, sendo que menos do que 1% destes desenvolverá sintomas (2). É transmissível por contacto com secreções respiratórias, feridas, fezes do infectado ou com objetos manipulados pelo mesmo, sendo que o contágio ocorre na primeira semana de doença. A fase crítica de contágio dura até ao desaparecimento das lesões vesiculo-bolhosas, exigindo evicção laboral até à resolução completa destas. O objetivo deste artigo é relatar um caso de SMPB num indivíduo adulto imunocompetente, alertando para o atingimento menos frequente nesta faixa etária e contribuir para a celeridade diagnóstica e evicção de sobremedicação desnecessária.

CASO CLÍNICO

Homem de 29 anos, médico interno de formação especializada em medicina geral e familiar, sem antecedentes pessoais relevantes ou medicação habitual.

Apresentava quadro de odinofagia e mialgias com três dias de evolução, associadamente mal-estar geral, febre (temperatura axilar máxima de 38.8°C, em ciclos de seis horas, cedendo a paracetamol) e exantema em ambas as palmas das mãos (Figura 1). Ao quarto dia encontrava-se apirético, mantendo odinofagia

¹ Carla Rodrigues

Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa. Atualmente Médica Interna de Formação Específica em MGF na ARS Norte, desde Janeiro 2020. Mestranda em Cuidados Paliativos na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Membro do Centro de Medicina Digital. Morada completa para correspondência dos leitores: Rua Dr. Domingos Oliveira Lopes, 4730-702 Vila Verde. E-MAIL: cadrodrigues@arsnorte.minsaude.pt. Nº ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6959-7427>

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Recolha dos dados clínicos; revisão bibliográfica; elaboração do manuscrito; captação de imagem.

² Diana Falcão

Mestrado Integrado em Medicina pela Faculdade Medicina da Universidade de Coimbra. Atualmente Médica Interna de Formação Específica em MGF na ARS Norte, desde Janeiro 2022. 4705-270 Braga E-MAIL: dianamarUnsfalcao@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8833-7059>

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Pesquisa bibliográfica, redação do artigo e revisão final.

³ Inês Dias

IFE de MGF na USF do Minho, Membro do MGF.dor - Grupos de Estudos da Dor da APMGF. 4820-754 Fafe. E-MAIL: inesdias.uminho@gmail.com

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Recolha dos dados clínicos; revisão bibliográfica; revisão do manuscrito

⁴ Jorge Hernani-Eusébio

Médico de Família, ARS Norte; Assistente Convocado, Escola de Medicina da Universidade do Minho; Investigador, Centro de Medicina Digital P5. 4700-2091 Braga. E-MAIL: jheusebio@med.uminho.pt. Nº ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0372-4798>

-CONTRIBUIÇÃO PARA O ARTIGO: Recolha dos dados clínicos; Revisão bibliográfica; Captação de imagem



intensa e surgimento de vesícula única dolorosa na palma da mão esquerda. Ao quinto dia surgem múltiplas vesículas dolorosas nas palmas das mãos e plantas dos pés (Figuras 2 e 3), poupando a restante pele. Nesta data, à observação pelo médico de família, verificam-se ulcerações na orofaringe.

Dado o contexto epidemiológico (contacto com diversas crianças com odinofagia e febre no exercício da sua profissão) e a evolução da doença, assumiu-se o diagnóstico clínico de SMPB, tendo sido recomendado isolamento de dez dias.

A evolução das vesículas foi exuberante, com intenso prurido e dor que aliviavam com ibuprofeno, paracetamol e cetirizina. A partir do décimo dia verificou-se melhoria do quadro, com normalização do tegumento afetado ao fim de dois meses.

DISCUSSÃO/CONCLUSÃO

A SMPB é rara na idade adulta, sendo necessária forte suspeição clínica e contexto epidemiológico para garantir uma correta abordagem, uma vez que o diagnóstico diferencial inclui diversas doenças exantemáticas.

O diagnóstico é geralmente clínico, tendo um curso típico com odinofagia, febre e mal-estar durante dois dias, seguindo-se o aparecimento de ulcerações orofaríngeas e vesículas dolorosas na palma das mãos e planta dos pés. Quando ocorre no adulto imunocompetente, deve-se suspeitar do envolvimento de uma estirpe mais virulenta, como o *Coxsackie A6*, sendo mais frequente em indivíduos do sexo masculino. Outros fatores de risco são condições higieno-sanitárias precárias, populações migrantes, manipulação oral de brinquedos e rendimento familiar baixo (3). No caso dos adultos, a atopia é considerada um fator de risco para o aparecimento da doença. A SMPB é auto-limitada, não existindo terapêutica dirigida, o tratamento é de suporte, com analgesia e hidratação oral (com preferência para líquidos frios), recomendando-se a vigilância de possíveis complicações. Na maioria dos casos, o prognóstico é bom, culminando na cura espontânea dentro de sete a dez dias, sem sequelas, crostas ou cicatrizes (4).

Pode recorrer-se à confirmação laboratorial do diagnóstico através do isolamento e identificação do vírus, com amostra colhida por zaragatoa da orofaringe e de, pelo menos, duas vesículas e/ou por zaragatoa retal, principalmente em utentes que não apresentem vesículas, ou através da identificação de anticorpos neutralizadores do vírus no soro dos pacientes (5). Normalmente estes exames são dispensáveis, não só pelo custo que acarreta, mas também pela falta de acessibilidade ao exame e pelo facto de se tratar de uma doença autolimitada de fácil controlo, sem necessidade de terapêutica dirigida (6). De referir que há algum risco de reinfeção, pois há uma diversidade de vírus na sua génese, não conferindo imunidade.

O diagnóstico desta entidade é essencialmente clínico, reforçando a importância do conhecimento do contexto epidemiológico do indivíduo. Devem ser considerados alguns diagnósticos diferenciais como gengivoestomatite herpética, varicela, sífilis secundária e outros exantemas virais, tendo como base e fatores diferenciadores a apresentação clínica e o contexto epidemiológico. Estas hipóteses de diagnóstico são tidas em conta perante a história clínica e exame físico, sendo hierarquizadas as probabilidades de cada uma.

No presente caso, a evolução clínica e o contexto laboral aumentaram a suspeita diagnóstica de SMPB, apesar de incomum em idade adulta. Sendo o utente do caso relatado um médico interno, este caso deve levar à reflexão sobre o risco profissional inerente à prática da medicina, particularmente biológico, o absentismo inerente à necessidade de isolamento por doença infecciosa e as possíveis consequências curriculares para o médico interno advindas do mesmo. Esta situação revela-se ainda mais premente na medida em que a SMPB não garante imunidade, podendo o mesmo indivíduo voltar a ficar infetado.

Apresentando queixas inespecíficas em idade adulta, torna-se mais difícil o diagnóstico. Perante o aparecimento de exantema maculopapular de início abrupto das palmas das mãos e plantas dos pés, associado ao contexto laboral de risco, o diagnóstico de SMPB tem de ser considerado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Hongyan G, Chengjie M, Qiaozhi Y, Wenhao H, Juan L, Lin P et al. Hand, foot and mouth disease caused by coxsackievirus A6, Beijing, 2013. *The Pediatric Infectious Disease Journal*. 2014; 33:1302. DOI: 10.1097/INF.0000000000000467.
- 2) Ramirez-Fort M, Downing C, Doan H, Benoist F, Oberste M, Khan F et al. Coxsackievirus A6 associated hand, foot and mouth disease in adults: clinical presentation and review of the literature. *Journal of Clinical Virology*. 2014; 60:381. DOI: 10.1016/j.jcv.2014.04.023.
- 3) Wang J, Guo Y, Christakos G, Yang W, Liao Y, Li Z, et al. Hand, foot and mouth disease: spatiotemporal transmission and climate. *International Journal of Health Geographics*. 2011; 10: 25.
- 4) Omaña-Cepeda C, Martínez-Valverde A, Sabater-Recolons M, Jané-Salas E, Marí-Roig A e López-López J. A literature review and case report of hand, foot, and mouth disease in an immunocompetent adult. *BMC Research Notes*. 2016; 9: 165. DOI: 10.1186/s13104-016-1973-y.
- 5) Šabović E, Točkova O, Uršič T, Žgavec B, Dolenc-Voljč M. Atypical hand, foot, and mouth disease in an adult patient: a case report and literature review. *Acta Dermatovenerologica Alpina, Panonica et Adriatica*. 2019; 28(2): 85-88.
- 6) World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. A guide to clinical management and public health response for hand, foot and mouth disease (HFMD). 2011; VI: 39.

ANEXOS

Figura 1 – Exantema em ambas palmas das mãos.



Figura 2 - Vesículas na planta do pé direito.



Figura 3 - Vesículas no quarto dedo do pé direito.



Data de recepção: 2023/11/03

Data de aceitação: 2023/11/07

Data de publicação: 2023/12/02