

DOENÇAS EXANTEMÁTICAS NA PEDIATRIA UMA REVISÃO DE LITERATURA

Beatriz Rosa Spieker¹; Eduarda Preisler Pedro²

Resumo

Define-se como exantema uma erupção cutânea aguda e, como doenças exantemáticas, as patologias que têm como característica principal este sinal. O exantema ou *rash* cutâneo é um sinal muito presente na especialidade pediátrica, devendo-se conhecer seus possíveis diagnósticos diferenciais. Tem-se como objetivo deste trabalho, portanto, a revisão de literatura atual sobre doenças exantemáticas na pediatria. Foram utilizadas as bases de dados Google acadêmico, Scielo e PubMed com os descritores “doenças exantemáticas”, “pediatria”, “exantema súbito”, “eritema infeccioso”, “rubéola”, “sarampo”, “escarlatina”, “mão-pé-boca”, “doença de Kawasaki”, “dengue” e “farmacodermias”. Como critérios de inclusão usou-se o período dos últimos 6 anos, enfoque em doenças exantemáticas na especialidade pediátrica e disponibilidade nas línguas português, inglês e espanhol; como critérios de exclusão utilizou-se o período anterior à 2019, a abordagem do tema não associado à população pediátrica e a disponibilidade em língua que não as citadas acima. Tendo em vista a população pediátrica, também foi consultada a 5ª edição do tratado de pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram revisados 26 artigos com enfoque nas principais doenças exantemáticas da infância. Podemos concluir que as doenças exantemáticas ainda são muito presentes na área pediátrica, porém algumas delas já são preveníveis através de vacinação e, em sua maioria, têm origem viral e autolimitada; percebe-se também que as características do exantema de cada patologia são de extrema importância para seu diagnóstico clínico, auxiliando o profissional médico pediatra em seu diagnóstico e conduta.

Palavras-chave: Pediatria. Exantema. Infecções.

Abstract

An exanthem is defined as an acute skin eruption, and exanthematous diseases are those pathologies whose main characteristic is this symptom. Exanthems, or skin rashes, are a common sign in pediatric specialties, and it is essential to be familiar with their possible differential diagnoses. The aim of this study, therefore, is to review the current literature on exanthematous diseases in pediatrics. The databases Google Scholar, SciELO, and PubMed were used with the descriptors “exanthematous diseases,” “pediatrics,” “roseola,” “infectious erythema,” “rubella,” “measles,” “scarlet fever,” “hand-foot-and-mouth disease,” “Kawasaki disease,” and “drug eruptions.” Inclusion criteria included articles published in the last 6 years, focusing on exanthematous diseases in pediatric specialties and availability in Portuguese, English, and Spanish. Exclusion criteria included articles published before 2019, articles addressing topics not related to the pediatric population and availability only in other languages. Considering the pediatric population, the 5th edition of the Pediatrics Treatise of the Brazilian Society of Pediatrics

¹ Graduanda de Medicina na Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC).

² Graduanda de Medicina na Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC).



(SBP) was also consulted. After applying the inclusion and exclusion criteria, 26 articles focusing on the main exanthematous diseases of childhood were reviewed. We can conclude that exanthematous diseases are still very common in pediatrics. However, some of these diseases are now preventable through vaccination and are mostly of viral and self-limited origin. It is also observed that the characteristics of the exanthem of each pathology are extremely important for its clinical diagnosis, aiding the pediatric medical professional in their diagnosis and management.

Keywords: Pediatrics. Exanthema. Infections.

Introdução

Define-se como exantema uma erupção cutânea aguda e, como doenças exantemáticas, as patologias infecciosas que têm como característica principal este sinal, o qual varia em sua forma de apresentação (Porto *et al.*, 2021).

O exantema ou *rash* cutâneo é um sinal muito presente na especialidade pediátrica e, tendo em vista sua grande variedade de apresentações (maculopapulares a urticariformes), cria-se certa um empecilho para o profissional pediatra estabelecer um diagnóstico etiológico para tais patologias; sendo de extrema importância o entendimento dos possíveis diagnósticos diferenciais e respectivas características. Portanto, o presente trabalho tem como objetivo revisar a literatura dos últimos 6 anos que trata sobre as principais doenças exantemáticas da infância; abordando especialmente sua patogênese e apresentação clínica.

Método

Foram utilizadas as bases de dados Google acadêmico, Scielo e PubMed, com os descritores: “doenças exantemáticas”, “pediatria”, “exantema súbito”, “eritema infeccioso”, “rubéola”, “sarampo”, “escarlatina”, “mão-pé-boca”, “doença de Kawasaki”, “dengue” e “farmacodermias”. Como critérios de inclusão usou-se o período dos últimos 6 anos, o enfoque em doenças exantemáticas na especialidade pediátrica e a disponibilidade nas línguas português, inglês e espanhol; como critérios de exclusão utilizou-se o período anterior a 2019, a abordagem do tema não associada à população pediátrica e a disponibilidade somente em línguas que não as citadas acima. Tendo em vista a população pediátrica, também foi consultada a 5ª edição do tratado de pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Resultados

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram revisados 26 artigos, todos com enfoque nas principais doenças exantemáticas da infância, sendo estas: sarampo, rubéola, eritema infeccioso, exantema súbito, escarlatina e mão-pé-boca; e seus principais diagnósticos diferenciais: doença de Kawasaki, dengue e farmacodermias. Foram revisados 11 artigos na língua portuguesa, 14 na língua inglesa e 1 na língua espanhola.



Discussão

1. Sarampo

1.1 Definição

O sarampo é uma das doenças exantemáticas mais comuns na infância; causado pelo vírus da família *Paramyxoviridae* e gênero *Morbilivirus*, afeta principalmente a população pediátrica (Gandra *et al.*, 2021).

Em 2016 o sarampo foi considerado erradicado no Brasil pela Organização Mundial de Saúde (OMS), fato atribuído à efetividade do programa vacinal do país, que disponibiliza a vacina tetra viral pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para crianças entre os 12 e 15 meses. Em 2018 a doença volta a aparecer, associada a movimentos antivacina (Porto *et al.*, 2021) (Gandra *et al.*, 2021).

1.2 Patogênese

Sendo altamente contagioso, o vírus do sarampo, um RNA-vírus, tem como porta de entrada no organismo as vias aéreas superiores; é transmitido por fômites, gotículas expelidas durante a fala, espirros ou tosse de um indivíduo infectado. (Gandra *et al.*, 2021).

Após adentrar o corpo humano, o vírus multiplica-se em tecidos linfáticos, e apenas depois afeta pele, conjuntiva e mucosa respiratória, causando as manifestações típicas. A infecção estimula imunoglobulinas IgM e IgG, as quais tornam-se aparentes em exames no 12º a 15º dia após início do *rash* cutâneo e alcançam seu ápice entre o 21º e 28º dia (Soares *et al.*, 2024).

1.3 Apresentação clínica

Após a exposição inicial, passa por período de incubação entre 8 e 12 dias, quando não há manifestações clínicas; a partir do 9º dia de infecção iniciam-se os pródromos: febre elevada, tosse seca, cefaleia, mal-estar e prostração intensa - incomum para doenças virais - que persistem por até 4 dias (SBP, 2022). É também neste período que surgem as manchas de Koplik na mucosa bucal, manchas branco-azuladas, com aproximadamente 1mm de diâmetro, são patognomônicas da doença e desaparecem em 2 ou 3 dias (Soares *et al.*, 2024).

Terminados os pródromos, inicia-se o exantema: maculopapular, eritematoso, morbiliforme e não pruriginoso, inicialmente retroauricular, progride cefalocaudalmente. Associado a isto, a criança tem piora do estado geral, a febre chega em seu ápice, as conjuntivas ficam hiperemiadas e pode haver fotofobia (Gandra *et al.*, 2024) (Soares *et al.*, 2024). O exantema regride espontaneamente, na maioria dos casos, após três a quatro dias, deixando manchas acastanhadas em seu lugar (SBP, 2022).

2. Rubéola

2.1 Definição

A rubéola tem como agente causador o rubella vírus, do gênero *Rubivirus* e família *Togaviridae*; é transmitido através de perdigotos provenientes das vias aéreas (Porto, 2021). É uma das doenças exantemáticas virais consideradas leves, havendo maior interesse em suas complicações, principalmente em sua forma congênita (SBP, 2022).

Assim como o sarampo, a rubéola tem como principal forma de prevenção a aplicação da vacina tetra viral entre os 12 e 15 meses de idade; sendo seu aumento também relacionado à relutância a vacinação (Porto, 2021).



2.2 Patogênese

Após a entrada do rubella vírus no organismo, este é endocitado pelas células do trato respiratório superior, replicando-se inicialmente nas células da nasofaringe e tecido linfático da região. A viremia é iniciada 5 a 7 dias após o contato inicial, com o patógeno sendo disseminado para os demais órgãos como pele, linfonodos e, no caso de gestantes, para a placenta (Leung, 2019). Do 2º ao 8º dia após apresentação do *rash* cutâneo, inicia-se a resposta imune humoral, culminando com o desaparecimento do exantema e final da viremia.

Em casos de síndrome de rubéola congênita, a transmissão por via transplacentária do rubella vírus da gestante para o bebê pode acarretar em apoptose de células infectadas, inibição de mitose, restrição de desenvolvimento de células precursoras e dano endotelial em células vasculares, causando isquemia de órgãos em desenvolvimento (Leung, 2019).

2.3 Apresentação clínica

A rubéola tem como tempo de incubação 14 a 21 dias, sendo 30% de seus casos assintomáticos (Porto, 2021) (SBP, 2022).

2.3.1 Rubéola pós-natal

Nos casos sintomáticos, os pródromos podem ser inexistentes, em crianças, ou leves - em adolescentes. O exantema inicia-se em face e espalha-se de cefalocaudalmente em um período de 24 horas; tem aspecto maculopapular e róseo; podem ser observados os sinais de Forscheimer (petéquias em palato mole) e Theodor (linfonodomegalia cervical que pode anteceder o exantema), ambos característicos da doença, porém não patognomônicos. (SBP, 2022) (Porto, 2021).

O exantema geralmente regride espontaneamente em três ou menos dias; são raras as complicações, mas entre elas estão a púrpura trombocitopênica e encefalite.

2.3.2 Rubéola congênita

A síndrome da rubéola congênita ocorre quando uma gestante, infectada pelo rubella vírus, transmite-o por via transplacentária para o bebê, com o risco de transmissão variando de 80% no 1º trimestre gestacional, 25% no 2º trimestre e aproximadamente 100% após a 36ª semana de gestação (Leung, 2019). É importante salientar que nem todos os casos de infecção acarretarão em má-formação fetal, mas a infecção durante a gestação pode ocasionar surdez, catarata e cardiopatias ao bebê.

3. Eritema infeccioso

3.1 Definição

O eritema infeccioso, também chamado de parvovirose ou quinta doença, tem como agente etiológico o parvovírus B19; do gênero *Erythrovirus* e família *Parvoviridae*; mais comum em escolares (principalmente entre 4 e 11 anos), é transmitido por secreções provenientes das vias aéreas (Palacios, 2015) (De Carvalho Alves, 2017).

3.2 Patogênese

O parvovírus B19, vírus de DNA de fita simples, tem tropismo especialmente por células eritróides, plaquetas, células endoteliais e miócitos cardíacos. Ao infectar o organismo causa lise celular, citotoxicidade, depleção de precursores e, como consequência, redução transitória da eritropoiese, aplasia e anemia (Soares, 2024) (De Carvalho Alves, 2017).



3.3 Apresentação clínica

O parvovírus B19 tem tempo de incubação entre 4 e 14 dias; depois deste período podem ou não manifestar-se sintomas prodrômicos. O exantema aparece logo após; é maculopapular, confluyente e não pruriginoso, iniciando-se em bochechas e poupando região perioral, testa e nariz, dando à lesão um aspecto em “asa de borboleta” ou de “face esbofetada”.

Em 1 a 4 dias o exantema progride para membros superiores e inferiores, primeiro em face extensora e, após, flexora; podendo acometer o tronco. Nessas regiões apresenta-se eritematoso em seu contorno e pálido no centro, tendo aspecto rendilhado. O exantema regride espontaneamente em 10 ou mais dias, mas pode reicidir à prática de atividades físicas ou exposição solar por até 2 semanas (SBP, 2022) (Palacios, 2015).

4. Exantema súbito

4.1 Definição

O exantema súbito é uma doença exantemática prevalente em crianças, caracterizada por febre alta seguida de erupção cutânea. É causada pela família de vírus herpesvírus, especificamente pelo *herpesvírus humano 6* (HHV-6) na variante HHV-6B, embora o *herpesvírus humano 7* (HHV-7) também possa estar envolvido. É transmitido principalmente por perdigotos, com período de incubação que varia de 5 a 15 dias, e contágio principalmente na fase febril, onde encontra-se a maior viremia (Mullins e Krihnamurthy; 2023)

É uma condição prevalente em crianças pequenas, cerca de 90% dos casos ocorrem antes dos 2 anos de vida. Os anticorpos maternos contra o HHV 6 oferecem proteção parcial transitória para o paciente, no entanto, apresentam declínio de 3 a 9 meses após o nascimento, onde inicia-se então uma queda mais acentuada que perdura até os 4 anos de vida (Tremblay, 2020).

4.2 Patogênese

Para Tremblay (2021) a infecção pelo HHV-6 inicia-se pelas vias respiratórias, onde o vírus entra nas células do hospedeiro através de receptores específicos. Após a entrada na célula, o DNA viral é liberado no nucleoplasma, iniciando a síntese de proteínas e replicação viral. A exposição dessas proteínas virais no complexo de histocompatibilidade de classe II (MHC-II) permite o reconhecimento pelas células apresentadoras de antígenos (APCs).

Pantry e Medvecsky (2017) demonstram que após a infecção primária aguda, o HHV-6 apresenta capacidade de induzir estado de latência intracelular, sem manifestar sintomas no hospedeiro.

4.3 Apresentação clínica

O exantema súbito apresenta sinais clínicos característicos que surgem de forma abrupta; o quadro inicia-se com febre alta, de início súbito e contínua, acompanhada de irritabilidade. A febre, no período prodrômico, pode durar até nove dias e após sua cessação abrupta ocorre, em até dois dias, o aparecimento do exantema maculopapular morbiliforme, não pruriginoso de coloração rosada, com início no tronco e posterior disseminação para a cabeça e extremidades (Pippin, Laws; 2024).

Pontes *et. al.*, (2024) corrobora que o exantema desaparece temporariamente à digitopressão, demonstrando que o mesmo decorre da vasodilatação capilar.



5. Escarlatina

5.1 Definição

A escarlatina é uma erupção cutânea comumente associada à faringite bacteriana em crianças em idade escolar (Pardo; Perera, 2023). É uma patologia com maior frequência entre os 4 e 10 anos de idade e apresenta incidência no inverno e primavera pois coincide com o início do ano letivo e ao fato de que em temperaturas amenas ocorre maior aglomeração em ambientes fechados, facilitando a transmissão (Prinzi, 2023).

Tem como agente etiológico o *Streptococcus pyogenes* do grupo A. De acordo com Prinzi (2023), até 30% dos casos de faringites em pacientes de até 15 anos são causados pela infecção deste patógeno, no entanto, nem todos os pacientes com cultura positiva para *S.pyogenes* desenvolvem os sinais e sintomas da escarlatina, visto que a extensão da doença está relacionada com a produção de superantígenos bacterianos e a maneira com que o hospedeiro responde a estes.

5.2 Patogênese

A escarlatina é causada pela bactéria *Streptococcus pyogenes* do grupo A, uma bactéria Gram-positiva com parede celular composta por peptidoglicano e proteínas M. Essas proteínas M, variáveis em mais de 120 sorotipos, estão ligadas à virulência e permitem infecções sucessivas. Para ocorrer a infecção, *S. pyogenes* liga-se às células da nasofaringe ou da epiderme através de adesinas, facilitando a colonização e a disseminação pelo organismo. A enzima hialuronidase produzida pelo patógeno também facilita a disseminação ao degradar o ácido hialurônico na matriz do tecido conjuntivo. (Happonen, Collin; 2024)

A proteína M pode se ligar ao fibrinogênio plasmático, formando agregados que se ligam a receptores em neutrófilos que levam a sua degranulação e consequente produção de metabólitos tóxicos e enzimas, que causam lesão endotelial. Isso resulta em extravasamento de plasma e eritrócitos. O exantema da escarlatina está associado a uma reação de hipersensibilidade tardia aos superantígenos da bactéria e à liberação de citocinas pró-inflamatórias, como TNF-alfa e IL-1, que aumentam a permeabilidade vascular e exacerbam o exantema, com exotoxinas da bactéria contribuindo para a inflamação local na derme. (Prinzi; 2023)

5.3 Apresentação clínica

A escarlatina geralmente começa como uma infecção de vias aéreas superiores com febre, odinofagia e cefaleia; o *rash* cutâneo surge de 24 a 48 horas após o início dos sintomas. O exantema, de característica maculopapular esbranquiçado, inicia-se ao redor do pescoço e se espalha para o tronco e extremidades, entremeado com áreas de pele saudável e conferindo à mesma uma coloração avermelhada e brilhante, com textura áspera, semelhante à lixa. O exantema pode ser mais abundante em áreas de dobras, denominado como sinal de Pastia; as bochechas costumam ficar hiperemiadas, contrastando com a palidez ao redor da boca e apresentando o sinal de Filatov. Na oroscopia, pode ser notado edema e hiperemia das papilas linguais com o aspecto típico de “língua em framboesa”, na avaliação da orofaringe observa-se características semelhantes às de faringite estreptocócica (Sotoodian, 2020).

Tipicamente ocorre regressão do exantema entre 7 a 10 dias, com descamação furfurácea em tronco, onde a pele que se desprende apresenta aspecto fino, semelhante à farinha, e descamação laminar mais intensa em mãos e pés (Wessels, 2022).



6. Mão-pé-boca

6.1 Definição

A doença mão-pé-boca caracteriza-se como uma enterovirose, tendo como suas principais etiologias os vírus Coxsackie A16, A5, A7, A9, A10, B2, B3, B5 e o enterovírus 7 (SBP, 2022).

Acomete principalmente crianças menores de 5 anos, pela imaturidade de seus sistemas imunológicos, e que frequentam creches, levando em conta a via de transmissão fecal-oral e possíveis dificuldades de higienização nesses ambientes (Zhu, 2023).

6.2 Patogênese

Os vírus causadores da doença mão-pé-boca ligam-se a receptores celulares específicos à eles, são endocitados e liberam seu genoma no citosol celular, onde replicam-se. Inicialmente há replicação rápida nos tecidos linfóides de intestinos e faringe, seguida por disseminação para linfonodos adjacentes, entrada na circulação e propagação para tecidos alvo (sistema nervoso central, coração, fígado e pele); desenvolvendo diferentes graus de viremia (Zhu, 2023) (Guerra, 2017)

6.3 Apresentação clínica

O período de incubação é de 2 a 10 dias; após, iniciam-se sintomas prodrômicos inespecíficos: febre baixa, irritabilidade e anorexia. O exantema pode ser macular, papular ou vesicular, com lesões variando de 2 a 6 milímetros, além disso, não há prurido e normalmente as lesões cutâneas não são dolorosas..

Em região bucal, as lesões iniciam-se como vesículas, que posteriormente estouram e formam úlceras dolorosas, dificultando a alimentação da criança e culminando na anorexia; já em mãos e pés, as lesões são papulovesiculares e predominam em dedos, dorso e regiões palmoplantares, além de serem indolores. Em lactentes, as lesões podem afetar também o períneo.

Manifestações atípicas incluem o acometimento de sistema nervoso central, causando meningite asséptica, encefalite, síndrome “polio-like”, síndrome de Guillain-Barré, hipertensão intracraniana benigna e ataxia cerebelar. Apesar das possíveis complicações, usualmente o exantema resolve-se espontaneamente em um período de 7 a 10 dias (Santos, 2024) (Guerra, 2017).

7. Diagnósticos diferenciais

7.1 Doença de Kawasaki

7.1.1 Definição

A Doença de Kawasaki (DK) é uma vasculite primária, sistêmica, aguda e autolimitada. Ferreira *et al.*, (2024) caracterizam a doença por febre abrupta resistente a antipiréticos, que pode durar até quatro semanas em casos graves. A fisiopatologia exata da DK ainda não está bem esclarecida, no entanto é notória a associação com fatores genéticos pela frequência de até dez vezes mais em asiáticos e seus descendentes.

7.1.2 Apresentação clínica

As manifestações clínicas são extensas: exantemas polimórficos ocorrem em mais de 90% dos pacientes, com uma confluência típica na região perineal, 80% dos pacientes apresentam edema em dorso das mãos e pés, seguido de eritema palmo-plantar com



posterior descamação laminar na fase subaguda da doença, frequentemente exuberante que inicia na região periungueal. Alterações orais estão presentes em até 90% dos casos, incluindo lábios eritematosos e fissurados, eritema difuso de orofaringe e hiperemia de papilas linguais. Em até 85% dos pacientes ocorrem alterações oculares envolvendo conjuntivite bilateral não exsudativa e ocasionalmente uveíte assintomática. O comprometimento cardíaco é significativo, com miocardite em diferentes graus, arritmias e aneurismas. (Yi *et al.*, 2024) (Kainth e Shah, 2021)

7.1.3 Diagnóstico diferencial com exantemas

A doença de Kawasaki é um importante diagnóstico diferencial com as doenças exantemáticas pois apresenta exantema polimorfo que pode ser similar ao exantema clássico de enfermidades virais ou bacterianas. Diferencia-se do sarampo pois este cursa com pródromos catarrais e sintomas respiratórios de maior intensidade, além da presença do sinal de Koplik. A doença de Kawasaki assemelha-se a escarlatina por poder apresentar a língua em aspecto de framboesa, exantema escarlatiniforme, eritema de orofaringe e febre alta, no entanto, diferencia-se ao passo que na escarlatina não ocorre conjuntivite e edema de extremidades (Castro *et al.*, 2023).

7.2 Dengue

O vírus da dengue (DENV), pertencente à família *Flaviviridae*, é um arbovírus de RNA de fita simples, transmitido principalmente pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. A dengue é endêmica no Brasil, com surtos sazonais durante períodos quentes e chuvosos (Brasil; 2024)

A virulência do DENV é influenciada pela velocidade de replicação e pelas características dos quatro sorotipos. A exposição a um sorotipo não confere proteção contra os outros, aumentando o risco de formas graves devido à imunidade cruzada (Shina *et al.*, 2024).

Clinicamente, a dengue se manifesta com febre alta, cefaléia, dor retro-orbitária, mialgia, diarreia e artralgia, com início dos sintomas de 4 a 7 dias após a infecção. O exantema pode ocorrer em até 80% dos pacientes, caracterizado por erupções eritematosas e máculo-papulosas. Se a febre persistir, podem ocorrer petéquias que evidenciam a plaquetopenia, sinalizando maior gravidade. Após a fase crítica, pode ocorrer hiperpigmentação e descamação da pele (Cherie *et al.*, 2024)

7.2.1 Diagnósticos diferenciais

O exantema da dengue apresenta o sarampo e varicela como diagnósticos diferenciais.

No sarampo, a presença de sintomas prodrômicos catarrais são obrigatórios, mas o exantema maculopapular é semelhante ao previsto na dengue, no entanto, a presença de manchas de koplik é patognomônica de sarampo. (Brasil; 2024)

Em consonância, a varicela apresenta em seu início febre baixa, com exantema maculopapular que preferencialmente inicia-se nas bochechas, associado a presença de manchas de Forchheimer. A diferenciação clínica entre Dengue e rubéola pode ser dificultada, podendo depender de exames laboratoriais específicos, além da história progressiva de infecção para o diagnóstico conclusivo. (Brasil; 2024)

7.3 Farmacodermias

Farmacodermias são reações cutâneas adversas a determinados medicamentos, com efeito indesejado em pele, mucosas, cabelos e unhas desencadeados pelo uso do fármaco. Iniciam-se com lesões cutâneas localizadas que tendem a se disseminarem, com



predileção pelo tronco, podendo ser caracterizadas pelo formato em alvo, planas e atípicas, que podem se tornar confluentes ou resultar na formação de bolhas, urticária, eritema fixo ou erupções eczematosas. (Martins *et al.*, 2022).

Os exantemas são as formas mais comuns de apresentação clínica das farmacodermias na infância. Possuem início abrupto e podem evoluir de maneira rápida após o uso da medicação ou se apresentar em até algumas semanas após a suspensão da droga (Al Aboud *et al.*, 2021).

Pelo exposto, justifica o fato de farmacodermias serem consideradas como diagnóstico diferencial de doenças exantemáticas, avaliando o histórico do paciente em relação ao uso de determinadas medicações capazes de culminarem em farmacodermias (Martins *et al.*, 2022).

Considerações Finais

Por fim, podemos concluir que o diagnóstico etiológico das doenças exantemáticas é um grande desafio na rotina dos profissionais médicos pediatras, porém, observa-se também que analisando-as em conjunto, é possível chegar ao diagnóstico mais provável com base em epidemiologia, conhecimento acerca de virologia (modo de transmissão e tempo de incubação), sintomas prodrômicos, características da lesão exantemática (descrição dermatológica, local de início da lesão e cronologia) e sintomas associados.

Em sua maioria, as doenças exantemáticas têm bom prognóstico e resolução espontânea, mas é de extrema importância que, dentro da especialidade pediátrica, haja conhecimento de seus principais diagnósticos diferenciais com potencial evolução maligna, possibilitando conduta adequada à situação.

Referências

AL ABOUD, D. M.; NESSEL, T. A.; HAFSI, W. Cutaneous Adverse DrugReaction. **Stat Pearls Publishing**, jan. 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533000/>. Acesso em: 25 de agosto de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. **Dengue** : diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. – 6. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2024.

CASTRO, Gabriel *et al.* Doença de Kawasaki - aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos, manejo terapêutico e correlação a COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**. v.6. p.15803-15815., 2023 10.34119/bjhrv6n4-144. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/download/61712/44462>. Acesso em: 20 de agosto de 2024.

CHERIE, T. J. J. *et al.* Immuno-Haematologic aspects of dengue infection: biologic insights and clinical implications. **Viruses**. v.16, n.7p. 1090, 2024 Disponível em:. doi: 10.3390/v16071090. PMID: 39066252; PMCID: PMC11281699. Acesso em: 20 de agosto de 2024.

PONTES, Cleuma Regina Freitas de Almeida *et al.*, Abordagem Diagnóstica das



Doenças Exantemáticas na Infância. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 5, p. 623-633, 2024.

ALVES, Wannessa de Carvalho *et al.*, SÍNDROME DA FACE ESBOFETEADA. **SEMPESq-Semana de Pesquisa da Unit-Alagoas**, n. 5, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Doenças Transmissíveis. **Dengue** : diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança – 6. ed. [recurso eletrônico] / – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

FERREIRA FILHO, Álvaro A.; SCHEIBEL, Ilóite M. EXANTEMÁTICAS: DOENÇAS EXANTEMÁTICAS. **MANUAL DE ATENDIMENTO MULTIDISCIPLINAR À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE**, p. 156.

FERREIRA, José Fábio Possidonio *et al.*, Complicações e Atualizações para Doença de Kawasaki: uma revisão. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 2, p. 783-792, 2024.

GANDRA, Ana Luiza *et al.*, Sarampo. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 7, n. 10, p. 419-430, 2021. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/2585>. Acesso em: 25 de agosto de 2024

Guerra AM, Orille E, Waseem M. Hand, foot, and mouth disease. [Updated 2023 Mar 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431082/>. Acesso em: 24 de agosto de 2024.

HAPPONEN, L.; Collin, M. Immunomodulating Enzymes from Streptococcus pyogenes—In Pathogenesis, as Biotechnological Tools, and as Biological Drugs. **Microorganisms** 2024, 12, 200. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/microorganisms12010200> Acesso em: 20 de agosto de 2024.

KAINTH R, Shah PKawasaki disease: origins and evolution **Archives of Disease in Childhood** 2021;106:413-414.

LEUNG, Alexander KC; HON, K. L.; LEONG, K. F. Rubella (German measles) revisited. **Hong Kong Medical Journal**, v. 25, n. 2, p. 134, 2019.

MARTINS JC, Seque CA, Porro AM. Clinical aspects and therapeutic approach of drug-induced adverse skin reactions in a quaternary hospital: a retrospective study with 219 cases . **An Bras Dermatol** [Internet]. 2022;97(3):284–90. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.06.008>

PALACIOS-LÓPEZ, Carolina Guadalupe *et al.*, Exantemas en pediatría. **Acta pediátrica de México**, v. 36, n. 5, p. 412-423, 2015.

PARDO S, Perera TB. Scarlet Fever. 2023. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. PMID: 29939666. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507889/>. Acesso em: 20 de agosto de 2024.

PIPPIN M, Laws G. A Classic Presentation of Roseola Infantum. **Cureus**. 2024 Jan 18;16(1):e52504. doi: 10.7759/cureus.52504. PMID: 38371053; PMCID:



PMC10874238. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38371053/>. Acesso em: 20 de agosto de 2024.

PONTES, C. R. F. de A. *et al.* (2024). ABORDAGEM DIAGNÓSTICA DAS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS NA INFÂNCIA. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, 6(5), 623–633. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n5p623-633>. Acesso em: 25 de agosto de 2024.

PORTO, Sabrina Siqueira *et al.*, Incidência das doenças exantemáticas infantis nas regiões brasileiras. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p. 1706-1717, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/23574>. Acesso em 24 de agosto de 2024.

SINHA, S., Singh, K., Ravi Kumar, Y.S. *et al.*, Dengue virus pathogenesis and host molecular machineries. *J Biomed Sci* 31, 43 (2024). Disponível em: <https://read.qxmd.com/read/39051974/dengue-virus-pathogenesis-and-potential-small-molecule%C3%A2-antivirals>. Acesso em: 20 de agosto de 2024.

SOARES, Claudia Regina Belo. ABORDAGEM DIAGNÓSTICO DAS DOENÇAS EXANTEMÁTICAS DA INFÂNCIA. **RCMOS-Revista Científica Multidisciplinar O Saber**, v. 1, n. 1, 2024.

SON MBF, Newburger JW. Kawasaki Disease. **Pediatr Rev.** 2018 Feb;39(2):78-90. Doi: 10.1542/pir.2016-0182. PMID: 29437127. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29437127/>. Acesso em: 20 de agosto de 2024.

Tratado de pediatria / organização Sociedade Brasileira de Pediatria. - 5. ed. - Barueri [SP] : Manole, 2022.

TREMBLAY, C. (2020). Virology, pathogenesis, and epidemiology of human herpesvirus 6 infection. In Bond, S. (Ed.), **UpToDate**. Retrieved June 24, 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/virology-pathogenesis-and-epidemiology-of-human-herpesvirus-6-infection>. Acesso em: 20 de agosto de 2024

WESSELS MR. Streptococcus pyogenes Pharyngitis and Scarlet Fever. 2022 Sep 5 [updated 2022 Oct 4]. In: Ferretti JJ, Stevens DL, Fischetti VA, editors. Streptococcus pyogenes: Basic Biology to Clinical Manifestations [Internet]. 2nd ed. Oklahoma City (OK): University of Oklahoma Health Sciences Center; 2022 Oct 8. Chapter 22. PMID: 36479768. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36479768/>. Acesso em: 20 de agosto de 2024.

ZHU, Peiyu *et al.*, Current status of hand-foot-and-mouth disease. **Journal of biomedical science**, v. 30, n. 1, p. 15, 2023.

