

DEFINIÇÃO

A Síndrome mão-pé-boca (SMPB), também chamada de doença mão-pé-boca é uma afecção exantemática viral aguda, altamente transmissível, causada por Enterovírus (EV) humanos não-pólio. Particularmente por ocasião de surtos da doença, quadro clínicos mais graves podem ocorrer como meningite, encefalite, paralisia flácida aguda, miocardite, pericardite, pancreatite, alterações do sistema nervoso autônomo e mais raramente falência cardiopulmonar e óbito. Doença comum em crianças com menos de 5 anos de idade, mas pode, eventualmente, acometer adultos. É caracterizada por febre, lesões na boca e erupções nas mãos e pés.

Na maioria dos casos é uma doença branda e benigna, autolimitada, que desaparece espontaneamente após alguns dias sem causar nenhum tipo de complicação.

MODO DE TRANSMISSÃO

Transmissão: secreções respiratórias (saliva, secreção nasal e faríngea), via oral-fecal, contato direto com fluido vesicular.

Uma pessoa infectada pode transmitir a doença pelo contato próximo, pelo ar (ao tossir, espirrar ou falar), pelo contato com fezes e com superfícies ou objetos contaminados.

A fase de maior transmissibilidade ocorre durante a primeira semana da doença, porém mesmo após a remissão dos sintomas, a pessoa pode transmitir o vírus pelas fezes durante aproximadamente quatro semanas.

A maioria dos adultos que se contaminam com o Vírus Coxsackie não desenvolvem sintomas, mas eles podem ser transmissores assintomáticos do vírus.

SINTOMAS E COMPLICAÇÕES

Período de incubação: 3 a 7 dias.

Os primeiros sintomas a surgirem costumam ser a dor de garganta e a febre (38° - 39° C), mal-estar e perda do apetite. Num primeiro momento, a doença é muito parecida com qualquer quadro de virose comum.

Após aproximadamente, 1 a 2 dias do início dos sintomas, começam a surgir as lesões características que dão nome a doença mão-pé-boca: aparecimento de pontos avermelhados que se transformam em pequenas bolhas e posteriormente úlceras dolorosas (semelhante a aftas) dentro da boca, na língua, na parte interna das bochechas e gengivas (duram cerca de 4 a 6 dias), e podem causar inapetência e dor ao engolir, o que pode levar a desidratação.

Após aproximadamente, 1 a 2 dias do surgimento das lesões da boca começam a surgir lesões nas palmas das mãos e nas solas dos pés, são pequenas bolhas com halo avermelhado ao seu redor, que podem romper liberando um líquido bem contagioso. Podem ocorrer também nas nádegas, coxas, braços, tronco, região genital e faces, eventualmente podem coçar (duram de 7 a 10 dias).

As erupções da pele tendem a regredir com a febre (entre 5 a 7 dias aproximadamente), mas as lesões da boca podem persistir por até 4 semanas.

Cerca de 75% dos pacientes podem apresentar a síndrome completa, mas o restante pode ter apenas lesões na boca e na pele.

Nos adultos, a imensa maioria que entra em contato com o Vírus Coxsackie não desenvolve sintoma algum.

A SMPB costuma durar de 7 a 10 dias e cura-se espontaneamente, sem necessidade de tratamento e sem causar complicações na maioria dos casos. A complicação mais comum é a desidratação, que pode ocorrer quando as crianças recusam a alimentação, às vezes, com necessidade de internação hospitalar.

Os casos causados pelo Enterovírus A71, também costumam ter um curso benigno, mas há um maior risco de complicação como encefalite, meningite e miocardite.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

É muito importante assegurar medidas adequadas de higiene pessoal e do ambiente e o isolamento social dos casos, enquanto durar a fase aguda da doença (cerca de 7 dias) ou até o desaparecimento das lesões cutâneas (sujeito a reavaliação médica).

O afastamento das crianças da escola não reduzirá a propagação da SMPB, porque o vírus pode estar presente nas fezes por semanas mesmo após os sintomas terem desaparecido.

Importante alertar as instituições envolvidas, estimular o esclarecimento dos progenitores e capacitar os prestadores de serviços quanto às medidas de prevenção da transmissão, tais como:

- Lavar as mãos frequentemente com sabão e água, ou utilizar produtos alcoólicos, especialmente depois de trocar fraldas e usar o banheiro;
- Promover a limpeza e desinfecção de superfícies frequentemente tocadas e itens sujos, incluindo brinquedos;
- Evitar contato próximo, como beijar, abraçar ou compartilhar utensílios ou copos; as crianças devem evitar roer unhas ou chupar o dedo.

Ainda não existe vacina contra doença mão-pé-boca.

DIAGNÓSTICO

Na grande maioria dos casos o diagnóstico médico é feito através do exame clínico realizado na criança, baseado nos sintomas, localização e aparência das lesões.

Para confirmação diagnóstica laboratorial*, deve-se colher:

- Sorologia – 2 amostras de sangue, uma na fase aguda da doença (até 3 dias do início dos sintomas) e outra 15 dias após (sangue – 5 ml, sem anticoagulante ou soro – 3 ml);

- Fezes – 1 amostra na fase aguda (coletar uma amostra, até o 14º dia do início dos sintomas, aproximadamente 1/3 da capacidade do coletor universal de fezes, potes plásticos com tampa de rosca).

(Solicitar pesquisa de Enterovírus no pedido do exame).

* Coleta realizada após discussão com Vigilância Epidemiológica.

TRATAMENTO

Não existe tratamento específico. O quadro clínico é autolimitado e melhora espontaneamente. Recomenda-se: repouso, alimentação leve, aumento da ingestão de líquidos e uso de sintomáticos. Buscar avaliação médica para orientação.

Em alguns casos mais graves, que as crianças recusam a alimentação, pode ser necessária a internação devido a desidratação.

VIGILÂNCIA E CONTROLE

Nos casos de complicação da SMPB com hospitalização ou óbito, o hospital deve fazer um relatório sucinto do caso e enviar a Vigilância Epidemiológica e fazer a coleta dos exames acima citados.

Nos casos de surto em creches ou escolas (mais de 1 caso), estas devem entrar em contato com a Unidade de Saúde de referência, enviando nome completo das crianças, data de nascimento, endereço, início dos sintomas, confirmação e evolução do caso. As UBS irão preencher boletim de Notificação de Surto, disponível no site da Prefeitura de Jundiaí, para ser enviado a Vigilância Epidemiológica.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – MAIO 2025