

BMJ Best Practice

Avaliação de erupção cutânea em crianças

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Visão geral	5
Etiologia	5
Emergencies	10
Considerações de urgência	10
Diagnóstico	17
Abordagem passo a passo do diagnóstico	17
Visão geral do diagnóstico diferencial	30
Diagnóstico diferencial	33
Diretrizes de diagnóstico	55
Recursos online	57
Referências	58
Imagens	62
Aviso legal	77

Resumo

- Os rashes infantis são erupções cutâneas de início agudo. Clinicamente, elas podem ser categorizadas como de natureza maculopapular, pustular, vesiculobolhosa, difusa/eritematosa ou petequial/purpúrica. No entanto, em muitas etiologias, essas formas podem coexistir ou evoluir de uma forma para outra.

As considerações iniciais da avaliação de um rash incluem sua morfologia, duração e distribuição. Idade, sexo, história familiar, medicamentos, alergias conhecidas e exposições também têm uma importância primária.

Geralmente, erupção cutânea na ausência de febre ou sintomas sistêmicos não é urgente. No entanto, quando há febre ou sinais de doença, a avaliação e tratamento urgentes devem ser considerados. O diagnóstico diferencial é extenso, variando de condições autolimitadas (por exemplo, roséola) até doenças com risco de vida, como a doença meningocócica.

Várias doenças sistêmicas com grave evolução clínica podem apresentar uma erupção cutânea como componente e devem ser avaliadas com urgência, em caso de suspeita (ver Considerações de urgência).

Definições :

- Mácula: uma área plana de mudança de cor <1 cm (por exemplo, exantema viral [como sarampo e rubéola], erupção medicamentosa mobiliforme).
- Mancha: uma mácula grande >1 cm (por exemplo, exantema viral [como sarampo e rubéola], erupção medicamentosa mobiliforme).
- Pápula: saliência elevada com <1 cm de diâmetro (por exemplo, verruga).
- Nódulo: uma pápula maior, >1 cm (por exemplo, prurigo nodular).
- Placa: uma saliência com o topo plano (um cruzamento entre um nódulo e uma mancha; por exemplo, psoríase).
- Vesícula: uma pequena lesão cheia de fluido (vesícula) <0.5 cm (por exemplo, varicela, eczema herpético).
- Bolha: uma vesícula maior com >0.5 cm (por exemplo, impetigo bolhoso).
- Pústula: uma lesão cheia de pus (por exemplo, foliculite).
- Pápula: uma roda ou placa transitória levantada, causada por edema dérmico (por exemplo, urticária).
- Escama: flocos de estrato córneo (por exemplo, eczema, psoríase).
- Crosta: soro, sangue ou exsudato purulento seco na superfície da pele (por exemplo, impetigo).
- Erosão: perda de epiderme, cura sem cicatrizes (por exemplo, síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica).
- Úlcera: perda de epiderme e derme, cura com cicatrização (por exemplo, úlcera venosa, piôderma gangrenoso).
- Escoriação: perda de epiderme após trauma como uma arranhadura (por exemplo, prurido).
- Fissura: uma divisão na pele (por exemplo, queilite angular, ceratoderma palmoplantar).
- Liquenificação: espessamento da pele com acentuação das marcas da pele (por exemplo, eczema crônico, líquen simples crônico).
- Púrpura: uma área de mudança de cor (vermelha ou púrpura) devido a sangramento na pele; não branqueia sob pressão (por exemplo, vasculite, coagulação intravascular disseminada).

- Petéquias: lesões purpúreas minuciosas (por exemplo, vasculite, coagulação intravascular disseminada).
- Equimose: uma área maior de púrpura (por exemplo, vasculite, coagulação intravascular disseminada).

Etiologia

O diagnóstico diferencial primário a ser considerado para qualquer rash presente na infância são exantemas virais, dermatoses inflamatórias, infecções bacterianas ou fúngicas/parasitárias locais, doença transmitida por carrapatos, erupções medicamentosas, infecções bacterianas sistêmicas, reações anafiláticas, distúrbios hematológicos e afecções vasculíticas/reumatológicas.

Infecções virais

Um exantema viral é uma erupção cutânea que ocorre como sintoma de uma doença viral. Muitas dessas erupções são inespecíficas, e podem preceder, ocorrer simultaneamente ou suceder a uma doença viral. No entanto, etiologias virais específicas são reconhecidas como sendo causadoras de erupção cutânea em crianças. Elas incluem:

- Infecção por varicela-zóster (catapora): afeta predominantemente crianças; quase todos os casos ocorrem em crianças <10 anos de idade[1]
- Infecção por vírus Epstein-Barr (EBV): aproximadamente 15% a 35% das pessoas com EBV terão uma erupção cutânea. A ingestão concomitante de ampicilina ou amoxicilina aumenta a incidência de erupção[2]
- Infecção por citomegalovírus: a infecção primária geralmente é assintomática, mas podem ocorrer manifestações clínicas, incluindo erupção cutânea, em pacientes imunocomprometidos
- A roséola infantum (sexta doença) é causada pelos herpes-vírus humano tipos 6 e 7 e é comum na primeira infância
- O eritema infeccioso (quinta doença) é causado pelo parvovírus B19, sendo mais comum no inverno e na primavera
- Infecção por HIV: 10% a 12% dos pacientes com infecção primária por HIV desenvolverão uma síndrome de soroconversão aguda, podendo incluir uma erupção cutânea morbiliforme 3 a 6 semanas após a exposição
- Infecção por vírus da Hepatite B e C: diversos achados cutâneos, incluindo um exantema maculopapular, podem ocorrer durante a fase virêmica da infecção aguda
- Doença de mão, pé e boca: doença enteroviral (geralmente do vírus coxsackie tipo A16 ou enterovírus 71)[3]
- Rubéola (sarampo alemão): causada por um togavírus de RNA. Geralmente é responsável por uma doença leve e autolimitada em crianças. A incidência diminuiu consideravelmente desde a introdução da vacina tríplice viral, em 1969. Essa doença clínica é mais comum em pacientes não imunizados ou imunodeficientes.
- Sarampo: causado por um vírus de RNA da família paramyxoviridae. O sarampo diminuiu em incidência com a imunização de rotina, embora continuem ocorrendo surtos, e as erupções atípicas de sarampo também surgem em pacientes nos quais a imunização falhou ou que sejam imunodeficientes
- Herpes simples cutâneo: A infecção por HSV-1 ou HSV-2 pode provocar úlceras orais, genitais e oculares. O episódio primário ocorre durante a infecção inicial pelo HSV, na qual o hospedeiro não apresenta resposta dos anticorpos
- Molusco contagioso: causado pelo vírus do molusco contagioso. As lesões são cutâneas (menos comumente nas mucosas). Elas aparecem como pápulas lisas e peroladas, às vezes umbilicadas. O equivalente histológico dos conjuntos epidérmicos de corpos de molusco é chamado de corpos

de Henderson-Patterson (ceratinócitos infectados por vírus, com um orifício central). As lesões geralmente são adquiridas através do contato pele a pele ou por meio de fômites em crianças.

Dermatose inflamatória

- Dermatite atópica (eczema): doença cutânea crônica caracterizada por uma erupção eczematosa com prurido e sensibilidade cutânea a irritantes. É o diagnóstico mais comum para os pacientes, como observado nos consultórios dermatológicos pediátricos.^[4]
- Dermatite seborreica: ocorre em 2 faixas etárias: lactentes (começando antes dos 2 meses de idade) e adolescentes. Nos adolescentes, as secreções sebáceas são alteradas pela flora natural da pele, o que induz a dermatite nas áreas afetadas.^[5]
- Dermatite de contato irritativa: pode ocorrer como resposta a uma variedade de agentes que venham a entrar em contato com a pele.
- Dermatite alérgica de contato: envolve uma alergia verdadeira. O paciente tem uma exposição inicial a um alérgeno e, em seguida, desenvolve uma reação alérgica que pode ser caracterizada por manifestações cutâneas. Entre as crianças que apresentam dermatite alérgica de contato, os agentes causadores mais comuns são espécies de Toxicodendron (hera, carvalho ou sumagre venenosos) e o níquel metálico.^{[6] [7]}
- Psoríase: doença cutânea autoimune crônica que tende a ser exacerbada pelo estresse, trauma local, infecções e alguns medicamentos. Em alguns pacientes pode haver um padrão de herança autossômica dominante: aproximadamente 25% dos adultos com diagnóstico de psoríase apresentam história de lesões psoriáticas antes dos 18 anos. No entanto, a psoríase tende a ser subdiagnosticada em crianças.^[8]
- Pitiríase rósea: um distúrbio papuloescamoso autolimitado.^[9] Aproximadamente 75% dos pacientes têm idade entre 10 e 35 anos. Acredita-se que a pitiríase rósea seja de etiologia infecciosa, embora não se tenha elucidado um agente específico.
- Mastocitose: grupo heterogêneo de distúrbios, caracterizado pela proliferação de mastócitos clonais e pelo acúmulo em vários órgãos. Na pele, pode-se observar a formação de urticária, vesículas e bolhas.

Infecções bacterianas locais

As infecções primárias incluem:

- Impetigo: uma infecção cutânea superficial, comum e altamente contagiosa causada pelo *Staphylococcus aureus* ou estreptococos beta-hemolítico do grupo A. Pode ocorrer como uma infecção primária ou secundária a doenças cutâneas preexistentes, como eczema ou escabiose.^[10] O impetigo pode estar presente nas formas bolhosa e não bolhosa
- Foliculite: um pioderma localizado dentro de um folículo piloso, após uma oclusão folicular por queratina, hiper-hidratação ou infecção. As causas bacterianas incluem *S aureus* e *Pseudomonas*. Embora seja mais comum em adultos, a foliculite bacteriana pode estar presente em crianças com imunossupressão (por exemplo, diabetes mellitus). Também pode-se observar uma forma específica de foliculite pustulosa eosinofílica na primeira infância.

Infecções fúngicas e parasitárias

As infestações comuns na infância incluem:

- Tinea corporis (tinha): uma infecção dermatofítica da pele no corpo causada pelas espécies de fungos *Trichophyton* (mais comumente) e *Microsporum*.
- Escabiose: uma infestação com organismos *Sarcoptes scabiei*.
- Candidíase cutânea: uma infecção fúngica primária ou secundária causada por membros do gênero *Candida*. Geralmente envolve áreas de dobras com uma placa eritematosa no centro e ao redor de lesões satélites menores, ocasionalmente com secreção esbranquiçada no centro.

Infecções transmitidas por carapato

As infecções transmitidas por carapatos (por exemplo, *Ixodes scapularis* ou *Dermacentor variabilis*) podem apresentar achados cutâneos característicos. Elas incluem:

- Febre maculosa das Montanhas Rochosas: causada por uma infecção com a bactéria aeróbia intracelular obrigatória *Rickettsia rickettsii*.[\[11\]](#) [\[12\]](#)
- Doença de Lyme: causada por *Borellia*, mais comumente *B burgdorferi*.[\[13\]](#)

Erupções por medicamento

A etiologia da maioria das erupções cutâneas por medicamentos geralmente está relacionada à hipersensibilidade imunológica tardia ao medicamento ou a um metabólito, com a contribuição de mecanismos humorais ou mediados por células. Acredita-se que a maioria das erupções exantematosas sejam reações do tipo tardia (tipo IV) mediadas por células (geralmente células T).[\[14\]](#)

Antibióticos (sulfonamidas, aminopenicilinas, cefalosporinas) e anticonvulsivantes geralmente estão associados a essas erupções, embora inibidores dos receptores da morte celular programada 1 ou suplementos fitoterápicos ou nutricionais também possam estar implicados.[\[15\]](#) [\[16\]](#)

Reações adversas ao medicamento mais significativas podem apresentar um comprometimento mucocutâneo mais disseminado. Elas incluem a síndrome de Stevens-Johnson/necrólise epidérmica tóxica,[\[17\]](#) eritema multiforme, reação ao medicamento com eosinofilia e sintomas sistêmicos,[\[18\]](#) [\[19\]](#) e síndrome da hipersensibilidade sistêmica.

Infecções bacterianas sistêmicas

- Doença meningocócica: uma erupção cutânea purpúrea generalizada (não esbranquiçada) pode ser um sinal de septicemia meningocócica (infecção por *Neisseria meningitidis*). Alguns poucos pacientes podem apresentar, no início, lesões eritematosas maculares ou maculopapulares inespecíficas, geralmente localizadas nos membros.
- Sífilis: causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*. Ela é quase sempre transmitida por contato sexual ou transmissões verticais. As lesões sifilíticas secundárias resultam da disseminação hematogênica de treponemas de um cancro sifilítico. A sífilis secundária manifesta-se principalmente como uma erupção mucocutânea em associação com sintomas constitucionais vagos, linfadenopatia difusa e lesões cutâneas altamente infecciosas. Geralmente, as lesões surgem 6 a 10 semanas após o desaparecimento do cancro indolor da sífilis primária. Lesões na mucosa oral/genital são altamente contagiosas; lesões na pele seca (por exemplo, palmas das mãos) são bem menos contagiosas.
- Infecção gonorreica: causada por *Neisseria gonorrhoeae* A infecção gonocócica disseminada desenvolve-se como consequência da infecção primária não tratada. Geralmente, ela causa pápulas cutâneas que progridem para pústulas hemorrágicas, bolhas, petequias ou lesões necróticas nos membros.

- Endocardite bacteriana: infecção comprometendo a superfície endocárdica do coração, incluindo as estruturas valvares, as cordas tendíneas, o local dos defeitos septais ou o endocárdio mural. Lesões de Janeway (lesões maculopapulares indolores nas palmas das mãos ou solas dos pés) e nódulos de Osler (nódulos dolorosos nas pontas dos dedos) são manifestações cutâneas raras. As etiologias bacterianas incluem *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus*, *Streptococcus bovis*, *Streptococcus viridans*) e organismos HACEK (espécies de *Haemophilus*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella corrodens*, espécies de *Kingella*). Endocardite fúngica é incomum em crianças, mas pode ser observada em um contexto de utilização de cateteres centrais de demora.[20]

As infecções mediadas por toxinas incluem:

- Síndrome da pele escaldada estafilocócica: uma manifestação incomum da infecção com cepas de *S aureus* produtoras de toxina. A toxina tem como objetivo a camada granular, e causa a formação de bolhas[21]
- Escarlatina: causada por uma toxina eritrogênica produzida pelos estreptococos beta-hemolíticos do grupo A. Manifesta-se como faringite e uma erupção cutânea concomitante. A erupção aparece em todas as áreas ao mesmo tempo, sem um padrão específico de desenvolvimento
- Síndrome do choque tóxico: causada pela TSS toxina-1, por enterotoxinas estafilocócicas, toxinas estreptocócicas ou outras toxinas. Consiste em um complexo de sintomas, incluindo febre, hipotensão arterial e um rash eritematoso difuso no tronco, palmas das mãos e solas dos pés que pode ser descamativo.

Reação de hipersensibilidade

A urticária consiste em pápulas localizadas e temporárias (também conhecidas como prurido). Elas resultam de uma reação alérgica a uma variedade de agentes, incluindo alimentos, medicamentos, picadas ou ferroadas de insetos, ou infecções.[22] Os achados cutâneos ocorrem devido à liberação de histamina na pele e ao aumento da permeabilidade dos vasos sanguíneos. Cada lesão de urticária dura de 24 a 48 horas, embora a erupção em si possa durar mais tempo devido aos agrupamentos recorrentes de lesões. As lesões podem ser encontradas em qualquer lugar do corpo.

Uma reação anafilática é uma reação alérgica com risco de vida, mais comumente em resposta à alergia alimentar/medicamentosa ou a uma picada/ferroada de inseto.[23]

Distúrbios hematológicos

Uma erupção cutânea petequial com equimoses pode ser uma característica presente na trombocitopenia (por exemplo, como consequência da leucemia aguda ou da púrpura trombocitopênica idiopática).

A leucemia linfocítica aguda é a leucemia mais comum em crianças. O quadro clínico geralmente está associado a sinais e sintomas de citopenias subjacentes.

A trombocitopenia imune é um diagnóstico de exclusão das causas alternativas de contagem plaquetária baixa.[24] As crianças geralmente apresentam um rash purpúrico, mas sem distúrbios sistêmicos ou organomegalia. No entanto, alguns podem apresentar coagulopatia significativa.

Doença reumática/vasculítica

Certas doenças reumáticas/vasculíticas na infância também podem estar presentes com um rash cutâneo como uma manifestação proeminente.[25] Elas incluem:

- Doença de Kawasaki
- Artrite juvenil
- Púrpura de Henoch-Schönlein
- Lúpus eritematoso sistêmico
- Febre reumática
- Sarcoidose.

Abuso infantil

Pode estar presente abuso infantil com achados cutâneos, incluindo hematomas inexplicados, marcas de dedos, queimaduras, arranhões ou escaldaduras.[\[26\]](#)

Considerações de urgência

(Consulte [Diagnóstico diferencial](#) para obter mais detalhes)

Anafilaxia

A anafilaxia é uma reação alérgica a alimentos, picadas/ferroadas de inseto, medicamentos, contactantes cutâneos ou inalantes, e apresenta risco de vida. Os achados cutâneos na anafilaxia incluem a urticária disseminada; edema nos lábios, pálpebras e língua; e geralmente um eritema ou rubor de vasodilatação.[\[27\]](#)

A reação é uma resposta mediada por imunoglobulina (IgE) a um alérgeno que causa a liberação de mediadores imunológicos. A reação pode ocorrer imediatamente depois que o alérgeno for introduzido ou pode ser tardia. Uma vez desencadeada a reação, ela ocorre rapidamente.

Os agentes mais comuns são:

- Alimentos: nozes e frutos do mar
- Mordidas/picadas de insetos: abelhas, marimbondos, vespas e vespas-alemãs
- Medicamentos: antibióticos (mais comumente penicilinas).

Os pacientes podem apresentar comprometimento das vias aéreas, hipotensão e/ou taquicardia.

Intervenções emergenciais podem incluir administração de adrenalina subcutânea (epinefrina), oxigênio e medidas de suporte.[\[27\]](#) Para crianças com risco de anafilaxia, os autoinjetores de adrenalina devem ser prescritos em conjunto com um plano de emergência personalizado por escrito.[\[28\] \[29\]](#) [\[American Academy of Pediatrics: allergy and anaphylaxis emergency plan\]](#)

Necrólise epidérmica tóxica e síndrome de Stevens-Johnson

A necrólise epidérmica tóxica e a síndrome de Stevens-Johnson constituem um espectro de dermatite esfoliativa generalizada grave.[\[17\]](#) A síndrome de Stevens-Johnson é mais leve que a necrólise epidérmica tóxica, e isso se reflete em suas respectivas mortalidades associadas (síndrome de Stevens-Johnson: 1% a 5%; necrólise epidérmica tóxica: 25% a 35%).

Os medicamentos desencadeantes comuns incluem:

- Anticonvulsivantes
- Sulfonamidas
- Medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais
- Alopurinol.

Os pacientes também podem reportar ou manifestar sinais de uma infecção respiratória superior recente, ou infecção por micoplasma, herpes, vírus Epstein-Barr ou citomegalovírus.

Há comprometimento cutâneo disseminado, com acometimento associado de ≥2 superfícies mucosas (oral, conjuntival, anogenital). Inicialmente, as lesões cutâneas podem ser semelhantes a alvos (sem bolhas centrais), embora elas geralmente se tornem confluentes. Também pode haver lesões bolhosas, e observa-se o sinal de Nikolsky (produzindo-se uma bolha cutânea com pressão lateral) dentro das áreas afetadas.[\[17\]](#) As lesões são dolorosas e o paciente parece agudamente adoecido. Pode ocorrer infecção secundária.

[\[Fig-1\]](#)

[\[Fig-2\]](#)

[Fig-3]

O manejo inicial inclui:

- Ressuscitação hídrica e eletrolítica
- Antibióticos intravenosos na presença de infecção
- Analgesia
- Suporte nutricional
- Cuidados com a ferida e desbridamento cirúrgico do tecido morto
- Também podem ser necessárias imunoglobulinas intravenosas (IGIV), ciclosporina, plasmaférese ou oxigenoterapia hiperbárica.

Síndrome de DRESS (Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms - Reação ao medicamento com eosinofilia e sintomas sistêmicos)/síndrome de hipersensibilidade sistêmica

O quadro da síndrome de DRESS parece uma erupção morbiliforme por medicamento, mas o paciente fica pior, geralmente com febre, dor abdominal e edema facial. O intervalo de tempo entre a ingestão do medicamento desencadeante e os sintomas também tende a ser mais longo, geralmente de 2 a 6 semanas.

A presença de lesões cutâneas dolorosas, lesões escuras com erosão precoce e comprometimento da membrana mucosa podem ser sinais de evolução de eritema multiforme maior.[\[18\]](#) [\[19\]](#)

Pacientes com síndrome de hipersensibilidade sistêmica podem apresentar erupção morbiliforme por medicamento. Esses pacientes podem estar agudamente adoecidos, com febre, dor abdominal, edema facial e linfadenopatia significativa. As investigações podem mostrar transaminases elevadas, e um hemograma completo pode mostrar eosinofilia acentuada.

Os medicamentos desencadeantes comuns incluem:

- Sulfonamidas
- Anticonvulsivantes (expressamente síndrome de hipersensibilidade a anticonvulsivantes)
- Alopurinol
- Minociclina.

Indica-se a supressão imediata do medicamento. Pode haver necessidade de tratamento com corticosteroides orais (por exemplo, prednisolona). Em reações de hipersensibilidade graves que não respondam à prednisolona (prednisona), pode-se tentar a imunoglobulina intravenosa (IGIV). A mortalidade na DRESS pode ser de 8% a 10%.

Doença meningocócica

A doença meningocócica se apresenta classicamente com início abrupto de febre e mal-estar, progredindo rapidamente (dentro de 24 horas) para sinais e sintomas de septicemia e/ou meningite. Uma erupção cutânea purpúrea generalizada pode ser uma característica presente, embora, inicialmente, ele possa ser macular.[\[30\]](#) A rigidez da nuca geralmente está presente.

Exames diagnósticos incluem hemocultura e punção lombar para exame do líquido cefalorraquidiano em pacientes com suspeita de meningite bacteriana.[\[31\]](#) A tomografia computadorizada (TC) cranioencefálica deve ser considerada em pacientes com um significativo estado mental alterado, alterações neurológicas focais, doença focal prévia no sistema nervoso central ou imunocomprometimento.[\[31\]](#)

Antibióticos de amplo espectro devem ser administrados o mais breve possível a qualquer criança com suspeita de doença meningocócica. Os antibióticos não devem ser protelados caso a avaliação diagnóstica não possa ser completada adequadamente.[\[32\]](#) A terapêutica antimicrobiana empírica deve incluir agentes de amplo espectro que cubram *Streptococcus pneumoniae* e *Staphylococcus aureus*.

As infecções meningocócicas podem evoluir rapidamente, e a deterioração clínica pode continuar mesmo com a instituição imediata da terapêutica antimicrobiana. A avaliação inicial deve seguir os princípios do suporte avançado de vida em pediatria, com a avaliação das condições das vias aéreas, da respiração e da circulação, e com o estabelecimento do acesso intravenoso seguro por meio de cateteres de grosso calibre para a administração de fluidos.[\[33\]](#)

[Fig-4]

Leucemia linfocítica aguda

O quadro clínico geralmente está associado a sinais e sintomas de citopenias subjacentes. A anemia geralmente se manifesta como fadiga, dispneia e tontura; a trombocitopenia manifesta-se com sangramento, equimoses ou petequias, e a neutropenia manifesta-se com infecções recorrentes, que podem provocar febre. Dores abdominal e óssea podem manifestar-se devido à infiltração de células blásticas no baço (dor abdominal) e na medula óssea (dor óssea).

O diagnóstico baseia-se no hemograma completo e no esfregaço do sangue periférico com uma biópsia da medula óssea confirmatória.

Inicialmente, os pacientes podem precisar de hidratação (com diurese e alcalinização da urina) e alopurinol ou rasburicase para prevenir a síndrome da lise tumoral associada à hiperuricemias. Transfusão de hemoderivados, incluindo transfusão plaquetária, pode ser necessária dependendo dos sintomas e do hemograma.

Síndrome da pele escaldada estafilocócica (SPEE) e síndrome do choque tóxico

Os eritemas mediados por toxinas bacterianas incluem a SPEE e a síndrome do choque tóxico. A SPEE é mais provável em crianças.

A SPEE se apresenta com febre mais moderada, eritema generalizado, e bolhas e erosões acentuadas nas áreas intertriginosas. O diagnóstico é primariamente clínico, já que as culturas de sangue e fluidos geralmente são negativas. A morte é um desfecho raro na SPEE em crianças. O tratamento é realizado principalmente com cuidados de suporte (com reidratação fluídica e cuidados tópicos da ferida) e antibióticos parenterais para cobrir o *S aureus*.

A síndrome do choque tóxico é uma doença mediada por exotoxina causada por infecção bacteriana: mais comumente o *S aureus*, *Streptococcus pyogenes* ou outros estreptococos beta-hemolíticos do grupo A. A síndrome do choque tóxico é observada mais frequentemente com abscessos e infecções de espaço fechado e em pacientes pós-cirúrgicos; ela também pode estar associada à menstruação (especificamente relacionada ao uso de superabsorventes internos). A síndrome do choque tóxico é caracterizada por febre alta, hipotensão e rash descamativo.

[Fig-5]

[Fig-6]

A mortalidade na síndrome do choque tóxico é de 5% e é manejada melhor com antibióticos parenterais para o organismo causador (por exemplo, *S aureus* sensível à meticilina ou resistente à meticilina, *S pyogenes*) e terapia de suporte intensivo.

Erupção grave por medicamento

Em um paciente que esteja tomando somente um medicamento, a supressão desse medicamento assim que os sintomas se desenvolverem pode resultar na melhora clínica dentro de alguns dias. No entanto, mais comumente os pacientes que tomam vários medicamentos ou vários medicamentos são recém-introduzidos em um esquema terapêutico existente. Como às vezes uma medicação causa uma erupção anos após ter sido iniciada, uma medicação introduzida recentemente pode ser equivocadamente considerada culpada, também equivocadamente, descontinuada. No entanto, idealmente, deve-se descontinuar medicamentos não essenciais.

Geralmente, é necessário trabalhar com médicos prescritores e farmacêuticos para determinar se um medicamento suspeito pode ser interrompido e se é preciso iniciar um substituto de ação semelhante. Em alguns casos, o risco de descontinuar um medicamento essencial excederá os riscos apresentados pela erupção, e será tomada a decisão de continuar o medicamento causador. Muitas erupções melhorarão de forma independente, embora algumas possam progredir para eritrodermia.[\[34\]](#)

O teste de contato tem sido útil para prever e diagnosticar alguns tipos de reações de hipersensibilidade (por exemplo, algumas erupções tardias por medicamentos).[\[35\]](#) O rastreamento do antígeno leucocitário humano pré-tratamento pode ser útil em populações selecionadas.[\[36\]](#)

Testes in vitro para exames de estimulação de linfócitos induzidos por medicamentos e testes de migração de leucócitos podem confirmar o diagnóstico. Estudos de provocação com medicamentos também podem fornecer uma resposta definitiva, mas devem ser realizados sob condições monitoradas a fim de evitar anafilaxia. Geralmente não se recomenda a reintrodução oral do medicamento suspeito de ser causador após uma erupção grave por medicamento.[\[37\]](#)

Endocardite bacteriana

Sintomas manifestos podem incluir febre, mal-estar, fadiga, sudorese noturna ou palpitações cardíacas. Aspectos cutâneos característicos incluem a presença de lesões de Janeway (lesões maculopapulares indolores nas palmas das mãos ou solas dos pés) e nódulos de Osler (nódulos dolorosos nas pontas dos dedos). A presença destes últimos e as manchas de Roth (lesões hemorrágicas na retina) são mais comuns na endocardite subaguda.[\[20\]](#)

[\[Fig-7\]](#)

[\[Fig-8\]](#)

[\[Fig-9\]](#)

Se a criança apresentar problemas mais significativos (por exemplo, cefaleia, sinais meníngeos, dispneia ao esforço ou sintomas de acidente vascular cerebral [AVC]), deve-se suspeitar de endocardite aguda, precisando de avaliação urgente.

Os exames laboratoriais iniciais devem incluir um hemograma completo e painel de eletrólitos, hemoculturas e urinálise. Deve-se obter um eletrocardiograma (ECG).[\[38\]](#)

Recomenda-se a coleta de sangue para cultura antes de começar a antibioticoterapia empírica. Deve-se iniciar antibióticos empíricos de amplo espectro (vancomicina, gentamicina e cobertura de organismos Gram-negativos) com base nos fatores de risco do paciente e no patógeno desencadeante mais provável, até que o organismo causador seja identificado. Endocardite fúngica é incomum em crianças, mas pode ser observada em um contexto de utilização de cateteres centrais permanentes.[\[20\]](#)

Febre reumática

A maioria dos pacientes apresenta febre e história ou evidência de infecção recente por estreptococos do grupo A.[\[39\]](#) [\[40\]](#) Poliartrite, cardite, coreia, eritema marginado (erupção cutânea rosada temporária geralmente envolvendo os membros proximais e o tronco) e nódulos subcutâneos são as principais manifestações.

O tratamento é realizado na forma de suporte com repouso no leito e salicilato ou anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) para os pacientes com artrite. No entanto, em caso de insuficiência cardíaca, pode-se precisar de tratamento com diuréticos e inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA).[\[40\]](#) [\[Fig-10\]](#)

Trombocitopenia imune

A trombocitopenia imune é um diagnóstico de exclusão das causas alternativas de contagem plaquetária baixa.[\[24\]](#) As crianças geralmente apresentam uma erupção cutânea purpúrea, mas sem distúrbios sistêmicos ou organomegalia. No entanto, alguns podem apresentar coagulopatia significativa.

Crianças somente com púrpura secundária e com contagem plaquetária $>20 \times 10^9/L$ ($>20,000/\text{microlitro}$) podem ser observadas, embora seja importante diminuir os riscos de trauma nesses pacientes e evitar quaisquer medicamentos antiplaquetários (por exemplo, aspirina, anti-inflamatórios não esteroidais [AINEs]).

Crianças com sangramento mais significativo ou que apresentam risco de vida, independentemente da contagem plaquetária, requerem uma abordagem terapêutica combinada, com transfusão de plaquetas, corticosteroides e imunoglobulina intravenosa (IGIV).[\[24\]](#)

Púrpura de Henoch-Schönlein

Uma apresentação clássica é a tétrade de lesões purpúricas ou petequiais (geralmente nos membros inferiores), dor abdominal, artrite/artralgia e nefropatia por imunoglobulina A (IgA).[\[41\]](#) [\[42\]](#)

A maioria dos casos apresenta resolução espontânea, e a dor nas articulações é tratada sintomaticamente (por exemplo, anti-inflamatórios não esteroidais [AINEs]). No entanto, em uma subpopulação de pacientes, é possível desenvolver insuficiência renal com nefrite rapidamente progressiva. Isso geralmente requer uma combinação de corticosteroides, imunossupressores e plasmaférrese.[\[41\]](#)

[\[Fig-11\]](#)



Púrpura de Henoch-Schönlein: a púrpura afeta principalmente as peras, até os músculos glúteos, inflamando as articulações do tornozelo e joelho, mas também pode afetar os braços e o cotovelo

De Wikimedia Commons

Abuso infantil

A presença de marcas não habituais na pele, múltiplos hematomas em várias idades, instâncias recorrentes de lesões "inexplicadas", apresentação protelada e certos tipos de lesões (fraturas metafisárias "em alça de balde", fraturas de osso longo, fraturas na costela posterior) devem aumentar a suspeita de abuso infantil.^[43] Caso haja suspeita de abuso infantil, deve-se seguir os procedimentos de manejo de proteção da criança.

Doença de Kawasaki

A doença de Kawasaki é uma doença aguda, multissistêmica e febril que afeta principalmente crianças com <5 anos de idade. A causa é desconhecida, embora suspeite-se de etiologia infecciosa. O pico de incidência ocorre entre o inverno e o fim da primavera. Os critérios de diagnóstico incluem febre por 5 dias associada a pelo menos 4 dos 5 sinais a seguir:^[44]

- Hiperemia conjuntival
- Linfadenopatia cervical
- Alterações orofaríngeas (incluindo hiperemia, fissuras orais, língua em morango)
- Alterações nos membros periféricos (incluindo a descamação das mãos e pés, eritema e edema)
- Rash polimorfo.

O rash assemelha-se a um exantema viral, e é normalmente generalizado e maculopapular sem petéquias; o eritema perineal e a descamação são particularmente pronunciados. Reconhecer a doença de Kawasaki é essencial devido a possíveis complicações com risco de vida da doença de Kawasaki não tratada (por exemplo, miocardite, dilatação da artéria coronária). O diagnóstico é feito clinicamente, já que não há um teste diagnóstico disponível. No entanto, deve-se obter um eletrocardiograma (ECG) em todos os pacientes

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Clinicamente, o rash pode ser categorizado como sendo de natureza maculopapular, pustular, vesiculobolhosa, difusa/eritematosa, ou petequial/purpúrica. No entanto, em muitas etiologias, essas formas podem coexistir ou evoluir de uma forma para outra. O diagnóstico deve focar primeiramente na exclusão de considerações de urgência, já que é provável que elas requeiram intervenção imediata. Os sintomas associados e o contato com outras crianças com sintomas semelhantes podem ajudar a elucidar a causa.

Considerações iniciais

As considerações iniciais incluem sua morfologia, duração e distribuição. Idade, sexo, história familiar, medicamentos, alergias conhecidas e exposições também têm uma importância primária. Muitas vezes, os pacientes revelam a causa da erupção cutânea ao recordar os eventos ocorridos antes de seu aparecimento (por exemplo, uma mãe relata que muitas crianças da vizinhança ficaram adoecidas por causa de um "inseto" e, em seguida, desenvolveram uma erupção cutânea: considerar o sarampo).

A história completa deve incluir os medicamentos atuais e prévios; doenças sistêmicas existentes; possível exposição à infecção; informações sociais, recreacionais e de viagens. O contato com pessoas com doenças existentes, como o impetigo ou a escabiose, e com infecções virais, como a varicela, o vírus Epstein-Barr (EBV), um eritema infeccioso (quinta doença), a roséola infantum (sexta doença) e a doença de mão, pé e boca pode ajudar a confirmar o diagnóstico. Deve-se observar qualquer história de faringite (como fonte de infecção por estreptococos). Qualquer doença recente associada a uma faringite ou infecção do trato respiratório superior (DTRS) sugere uma doença viral. Para todos os exantemas virais, febre, mal-estar, faringite e mialgia são sintomas comumente associados.

O exame da lesão primária deve incluir o tipo da erupção cutânea, sua extensão e distribuição. Deve-se observar o comprometimento (ou a preservação) das membranas mucosas. Um exame sistêmico completo deve registrar quaisquer características associadas como pirexia, prurido, linfadenopatia ou hepatoesplenomegalia. Geralmente, erupção cutânea na ausência de febre ou sintomas sistêmicos não é urgente. Na presença de febre ou de sinais de doença, deve-se considerar a avaliação e o tratamento com urgência. O diagnóstico diferencial é extenso, variando de condições autolimitadas (por exemplo, roséola) até doenças com risco de vida, como a doença meningocócica. Diversas doenças sistêmicas com grave evolução clínica podem apresentar uma erupção cutânea como componente, e devem ser avaliadas com urgência em caso de suspeita (ver abaixo). [45]

Para muitas erupções cutâneas infantis, o diagnóstico é clínico, e os exames não são rotineiramente recomendados. No entanto, investigações laboratoriais podem ser adequadas em pacientes nos quais a causa ainda não esteja clara. Em uma erupção cutânea com suspeita de ter sido causada por medicamentos, não há exames laboratoriais prontamente disponíveis para determinar ou confirmar o medicamento responsável. O hemograma completo pode mostrar apenas uma eosinofilia periférica leve a moderada. Os painéis de função metabólica, hepática e renal geralmente estão normais. O diagnóstico de exantema viral, dependendo do vírus particularmente envolvido, pode precisar ser confirmado por título de anticorpos sorologicamente demonstráveis, culturas virais ou estudos moleculares (por exemplo, reação em cadeia da polimerase). A sorologia da hepatite aguda é positiva, e as aminotransferases são elevadas na infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) e C (HCV). Os pacientes com suspeita de exantema por vírus da imunodeficiência humana (HIV) apresentarão exames positivos para ácido ribonucleico (RNA) viral ou para antígeno core do HIV. Todos os pacientes com uma doença clínica mais significativa, incluindo infecções bacterianas graves, ou com achados extracutâneos, precisam de uma investigação mais completa.

Criança doente: envolvimento sistêmico

Rash eritematoso

- Possíveis diagnósticos: urticária em razão de hipersensibilidade, escarlatina, síndrome da pele escaldada estafilocócica (SPEE), síndrome do choque tóxico, primeiros estágios da síndrome de Stevens-Johnson, febre reumática, artrite juvenil, lúpus eritematoso sistêmico (LES), sarcoidose e doença de Lyme.
- Reações de hipersensibilidade
 - A urticária generalizada é uma característica. Se o fator desencadeante for uma picada de inseto, também poderão ser observadas lesões localizadas, geralmente em áreas descobertas da pele. Após a exposição a um agente alérgeno, ocorre uma erupção de urticária em questão de minutos a horas. Cada lesão de urticária dura de 24 a 48 horas, embora a erupção em si possa durar mais tempo devido aos agrupamentos recorrentes de lesões. As lesões de urticárias podem ser encontradas em qualquer lugar do corpo.
 - Pode haver relato de história de alergia a alimentos ou medicamentos, exposição externa ou picada de inseto recente em reações de hipersensibilidade. Pode haver edema generalizado, comprometimento das vias aéreas, hipotensão e taquicardia.
- [Fig-13]
- Escarlatina
 - Observa-se um rash eritematoso generalizado com textura tipo "lixa", com pápulas discretas cor da pele. Isso pode envolver petéquias lineares (linhas de Pastia) nas dobras da pele, sobretudo nas fossas axilares, inguinais e antecubitais.
 - A escarlatina geralmente ocorre após uma faringite ou amigdalite. É mais comum em crianças pequenas e nas estações entre outono e primavera. Pode haver relatos de uma possível história positiva de contato; nesse caso, isso geralmente ocorre 2 a 5 dias antes do início dos sintomas. Adenopatia cervical com sensibilidade, eritema faríngeo com exsudatos, petéquias palatais e língua vermelha e edemaciada (em framboesa) sugerem escarlatina.
- [Fig-14]
- SPEE
 - Um rash eritematoso generalizado com esfoliação cutânea pode sugerir a SPEE. Bolhas frágeis também podem ser observadas na superfície da pele, bem como um sinal de Nikolsky positivo (bolha produzida por pressão lateral). Ocorre descamação/esfoliação superficial em 2 a 5 dias, deixando a pele subjacente desnuda e crostosa.
 - Pode haver relato de história recente de infecção na pele, trato respiratório, boca ou trato gastrointestinal. Crianças pequenas (com <6 anos de idade) são afetadas com mais frequência, embora a SPEE possa estar presente em crianças mais velhas com insuficiência renal subjacente. Pode haver relato de pródromo de febre, mal-estar e pele sensível antes do início do rash.
- Síndrome do choque tóxico
 - Observa-se um rash eritematoso difuso no tronco, palmas das mãos e solas dos pés com edema. Pode ocorrer descamação cutânea 1 a 2 semanas após o início, começando nas palmas das mãos e nas solas dos pés. Pode haver relato de história de cirurgia recente

ou uso de superabsorventes internos em mulheres adolescentes. Observa-se mucosa oral hiperêmica. Os sinais de início sistêmico são comuns. Eles incluem febre alta, hipotensão, cefaleia, confusão, mal-estar, faringite, diarreia, vômitos e dificuldade respiratória. O diagnóstico da síndrome do choque tóxico é feito clinicamente na presença de febre e hipotensão.

- Espectro da síndrome de Stevens-Johnson/necrólise epidérmica tóxica
 - Lesões semelhantes a alvos (anéis eritematosos anulares com uma zona eritematosa externa sem bolha central com uma área de tom de pele normal entre elas) podem ser as características iniciais.
- Febre reumática
 - Observa-se um eritema marginado (um rash rosado temporário comprometendo os membros proximais e o tronco). Também pode haver a presença de nódulos subcutâneos, geralmente firmes e indolores. Pode haver relato de história recente de faringite, febre prolongada, sensibilidade migratória nas grandes articulações, dor torácica e dispneia; também é possível obter uma história de movimentos involuntários (coreia de Sydenham). Sopro cardíaco ou atrito pericárdico podem ser detectados.
- Artrite juvenil
 - Observa-se um rash eritematoso não pruriginoso temporário, predominando no tronco e locais de pressão. Também pode haver relato de febres periódicas (geralmente no final da tarde, atingindo o pico no início da noite e, depois, entrando em remissão), dores nas articulações e mialgia.
- Lúpus eritematoso sistêmico
 - Um rash malar em asa de borboleta sugere LES, mas também pode-se observar um rash discoide ou fotossensível. Pode haver relato de febre, fadiga, infecção recorrente, artralgia, mal-estar e dor torácica. Podem estar presentes ao exame físico artrite e serosite (pleurite ou pericardite), hipertensão, edema, hepatomegalia, esplenomegalia ou linfadenopatia.
- Sarcoidose
 - Pode-se observar um eritema nodoso (nódulos eritematosos sensíveis nos membros inferiores). Outros sinais cutâneos podem incluir múltiplas pápulas dispersas (mais comumente no rosto, mas pode afetar qualquer local) ou placas grandes (geralmente múltiplas com uma distribuição simétrica). O lúpus pérnio, embora menos comum (com predileção por mulheres negras), é um aspecto cutâneo característico da sarcoidose e apresenta placas endurecidas com descoloração do nariz, bochechas, lábios e orelhas.
 - Os pacientes podem relatar sintomas sistêmicos como tosse, fadiga, artralgias, sibilância, fotofobia, olho vermelho, visão turva, perda de peso e cefaleia. Pode-se observar perda de peso, linfadenopatia e uveíte.
- Doença de Lyme
 - Uma lesão anular característica com escamas (eritema migratório) é a manifestação inicial mais comum. Pode haver relato de história de exposição em uma área endêmica de carrapatos, e geralmente a erupção cutânea se desenvolve 1 a 4 semanas após a exposição. Os sintomas podem incluir febre e suores, glândulas edemaciadas, cefaleia, mialgia, fadiga, artralgia e

comprometimento cognitivo (às vezes descrito como 'névoa cerebral'). Meningismo e evidência de cardite ou miopericardite e neuropatia também podem estar presentes.[\[13\]](#) [\[46\]](#) [\[Fig-15\]](#)

exantema maculopapular

- Possíveis diagnósticos: erupção cutânea inicial na septicemia meningocócica, endocardite bacteriana, síndrome de DRESS (reação ao medicamento com eosinofilia e sintomas sistêmicos), síndrome de hipersensibilidade sistêmica, doença de Kawasaki, sarampo, soroconversão do HIV, infecção aguda pelo HBV ou pelo HCV, e erupção cutânea inicial na febre maculosa das Montanhas Rochosas (FMMR).
- Doença meningocócica
 - Uma erupção cutânea macular generalizada pode ser a característica de apresentação inicial da doença meningocócica, embora evoluva para uma erupção cutânea purpúrea. Embora a maioria dos casos de meningococcemia sejam esporádicos, pode haver relato de história de contato com uma pessoa infectada. Imunocomprometimento (por exemplo, secundário à asplenia ou à infecção por HIV) é um fator predisponente para doença meningocócica. Febre, mal-estar e rigidez da nuca geralmente estão presentes. Sinais de sepse, como mãos e pés frios, palidez ou pele mosqueada, torpor e dificuldade respiratória também podem ser observados.
[\[Fig-4\]](#)
- Endocardite bacteriana
 - Pode-se observar lesões maculopapulares indolores nas palmas das mãos e na solas dos pés (lesões de Janeway). O paciente pode ter uma história de cardiopatia congênita ou um procedimento recente (por exemplo, cateter vascular interno, tratamento dentário). Os sintomas manifestos podem incluir febre, mal-estar ou evidências de embolia séptica (por exemplo, acidente vascular cerebral [AVC]). Os achados do exame físico incluem os nódulos de Osler (nódulos doloridos nas pontas dos dedos), manchas de Roth (lesões hemorrágicas na retina) e sopro cardíaco.
- Síndrome de DRESS ou síndrome da hipersensibilidade sistêmica
 - Uma erupção morbiliforme (tipo sarampo), envolvendo inicialmente o rosto, a parte superior do tronco e os membros superiores, com comprometimento tardio dos membros inferiores pode sugerir síndrome de DRESS ou síndrome de hipersensibilidade sistêmica. Os pacientes podem ter uma história de uso recente de anticonvulsivantes e sulfonamida. Outros medicamentos (inclusive lamotrigina, allopurinol, anti-inflamatórios não esteroidais [AINEs], captoperil, bloqueadores dos canais de cálcio, mexiletina, fluoxetina, dapsona, terbinafina, metronidazol, minociclina e medicamentos antirretrovirais) também foram associados a essa síndrome. O tempo de intervalo entre a ingestão do medicamento desencadeante e dos sintomas pode ser de até 8 semanas.
 - Pode haver febre, linfadenopatia e características clínicas de comprometimento visceral grave (por exemplo, sensibilidade/hepatomegalia no quadrante superior direito com hepatite, estertores/sibilos/taquipneia com pneumonite). O diagnóstico é feito se os seguintes critérios forem satisfeitos: erupção generalizada induzida por medicamentos, comprometimento

- sistêmico associado (linfonodos ou vísceras) e presença de eosinofilia (contagem de eosinófilos $\geq 1.5 \times 10^9/L$ [$\geq 1500/\text{microlitro}$] e/ou linfócitos atípicos em circulação).
- Na síndrome de hipersensibilidade sistêmica, os pacientes podem parecer agudamente adoecidos, com febre, dor abdominal, edema facial e linfadenopatia significativa.
 - Doença de Kawasaki
 - Pode-se observar um exantema maculopapular polimorfo no tronco. O rash geralmente é generalizado e exantematoso sem petéquias. Na fase febril, pode-se observar eritema e descamação perineal.[\[47\]](#) Ele geralmente afeta crianças com <5 anos de idade, com um viés sazonal (do inverno ao final da primavera). Os pacientes podem relatar febre com duração de >5 dias.
 - Pode-se observar hiperemia conjuntival, linfadenopatia cervical e alterações orofaríngeas (incluindo hiperemia, fissuras orais e língua em morango).
 - Rubéola (sarampo)
 - Podem ser observadas máculas e pápulas eritematosas começando na testa e atrás das orelhas. A disseminação é cefalocaudal; a erupção cutânea dura aproximadamente 5 dias, e então começa a desaparecer. A criança pode estar não imunizada ou ser imunodeficiente com uma história de exposição a uma pessoa infectada. O período de incubação dura de 10 a 14 dias. Os sintomas podem incluir um pródromo de tosse, coriza e conjuntivite com duração de cerca de 5 dias. Durante o pródromo, aparecem manchas de Koplik (pápulas branco-acinzentadas na mucosa bucal/palato mole), sendo essas patognomônicas.

[\[Fig-16\]](#)

[\[Fig-17\]](#)
 - Infecção aguda pelo HBV e pelo HCV
 - Um exantema maculopapular pode ser uma característica da soroconversão da infecção por HBV ou HCV. Outros achados cutâneos tardios incluem vasculite, urticária, líquen plano, crioglobulinemia e porfiria cutânea tardia. Pode haver exposição materna (perinatal) ou doméstica. Os pacientes podem ter sintomas de comprometimento sistêmico (febre, calafrios, mal-estar, artralgia). Pode haver desconforto abdominal hepática ou generalizada.
 - Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)
 - Uma erupção fina morbiliforme no tronco e nos membros superiores, e ocasionalmente nas palmas das mãos e nas solas dos pés, pode ser um sinal de infecção por HIV recente. Geralmente, isso dura de 4 a 5 dias e apresenta uma resolução espontânea. A soroconversão do HIV se desenvolve como uma síndrome aguda 3 a 6 semanas após a exposição. Os pacientes podem relatar fadiga, mal-estar, cefaleia e mialgia.
 - Febre maculosa das Montanhas Rochosas
 - Uma erupção macular nos punhos, tornozelos, palmas das mãos e solas dos pés, com disseminação central, geralmente para o rosto, é uma característica da FMMR após uma picada de carrapato. Ela pode tornar-se petequial à medida que a erupção cutânea evolui. Pode haver inflamação intensa ou equimose no local da picada do carrapato.

- Pode haver relato de atividades externas e possível exposição em áreas endêmicas de carrapatos. O relato de picada de carrapato ou fixação do carrapato prévia é feito em 45% a 60% dos casos. Muitos pacientes vão desenvolver uma síndrome do tipo influenza (com cefaleia, confusão, mal-estar, náuseas, vômitos, mialgia, dor abdominal e diarreia) cerca de 1 semana após a exposição. Uma erupção cutânea se desenvolve em 90% dos pacientes, mas apenas raramente está presente nos 3 primeiros dias de doença. Pode haver conjuntivite, estado mental alterado, linfadenopatia, edema periférico e hepatomegalia. Convulsões são incomuns.

[Fig-18]

Rash vesiculobolhoso

- Um rash vesiculobolhoso em uma criança sistemicamente adoecida requer uma atenção imediata quanto à possibilidade da síndrome de Stevens-Johnson/necrólise epidérmica tóxica.
- Esse é um espectro de necrose epidérmica com designação que depende da extensão do comprometimento da área de superfície corporal. Na síndrome de Stevens-Johnson, <10% da área de superfície corporal é afetada (geralmente nas palmas das mãos, solas dos pés e superfícies extensoras). Na necrólise epidérmica tóxica, >30% da superfície da pele é comprometida, com comprometimento cutâneo disseminado. Inicialmente, as lesões cutâneas são semelhantes a alvos, e geralmente se tornam confluentes. Pode-se observar lesões bolhosas e um sinal de Nikolsky (vesícula induzida com pressão lateral) positivo nas áreas envolvidas.
- Pode haver história de medicação recente (por exemplo, anticonvulsivantes, sulfonamidas, AINEs, allopurinol, anti-helmínticos, antimaláricos, clormezanona, corticosteroides, medicamentos para síndrome de imunodeficiência adquirida [AIDS], como a nevirapina, inibidores seletivos da ciclo-oxigenase-2 [COX-2] e lamotrigina). Outros aspectos da história incluem uma doença do trato respiratório superior (DTRS) recente, uma infecção por micoplasma ou uma infecção viral (por exemplo, herpes, EBV ou citomegalovírus [CMV]).
- A dor é proeminente. As superfícies mucosas (oral, conjuntival, anogenital) também são afetadas, com lesões erosivas. A maioria dos pacientes parece agudamente adoecida, e pode-se observar evidências de infecção secundária.

Rash petequial/purpúrico

- Possíveis diagnósticos: septicemia meningocócica estabelecida, leucemia, púrpura de Henoch-Schönlein e estágios tardios da FMMR.[12] [48]
- Doença meningocócica
 - Uma erupção cutânea purpúrea generalizada pode ser uma característica de septicemia meningocócica.[30] Geralmente, se diz que ela não fica esbranquiçada sob pressão, o que pode ser testado com uma lâmina de vidro microscópica.
- Leucemia
 - Equimoses ou petequias em decorrência de trombocitopenia são observadas na LLA. A leucemia linfocítica aguda é a leucemia mais comum em crianças. Podem haver sintomas de citopenias subjacentes (por exemplo, febre, calafrios, fadiga, fraqueza, infecção, anorexia, sudorese noturna, dispneia, sensibilidade óssea, epistaxe, queimaduras ou sangramento

gengival). Pode-se observar febre, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, palidez e sangramento/edema gengival.

- Púrpura de Henoch-Schönlein

- Lesões petequiais ou purpúricas (geralmente nos membros inferiores) podem sugerir a púrpura de Henoch-Schönlein. Pode haver uma história recente da DTRS. Pode haver desconforto abdominal e sensibilidade nas articulações.

[Fig-11]

- Febre maculosa das Montanhas Rochosas

- Pode haver um rash petequial nas manifestações cutâneas tardias.

Investigações

- Nos pacientes com urticária disseminada, deve-se considerar o teste alérgico cutâneo por puntura ("prick test") ou um exame radioalergoadsorvente (RAST).[49]
- Hemograma completo, velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C-reativa, estudos bioquímicos e urinálise podem ser úteis no diagnóstico de doença sistêmica. Isso inclui a doença meningocócica, síndrome de DRESS, síndrome de hipersensibilidade sistêmica, doença de Kawasaki, LES, púrpura de Henoch-Schönlein e artrite juvenil. Deve-se considerar um hemograma completo com diferencial, esfregaço de sangue periférico e biópsia da medula óssea em caso de suspeita de leucemia.
- As investigações sorológicas podem incluir um teste rápido para detecção do estreptococo (swab faríngeo) ou título de antiestreptolisina O para confirmar a escarlatina; ensaio de imunoabsorção enzimática (ELISA) ou ensaio de imunofluorescência, e ensaios com imunoblot de imunoglobulina M (IgM) ou imunoglobulina G (IgG) (Western blot) para a suspeita da doença de Lyme; sorologia indireta com anticorpos imunofluorescentes e sorologia na convalescença na FMMR; teste rápido de antígeno de estreptococos e títulos de anticorpos de estreptococos caso haja suspeita de febre reumática; ELISA para a toxina *Staphylococcus aureus* na SPEE; e fator reumatoide na suspeita de artrite juvenil. Deve-se considerar os testes para as infecções por HIV, HBV e HCV.
- Deve-se solicitar hemoculturas em caso de doença meningocócica, síndrome do choque tóxico, endocardite bacteriana, ou em caso de suspeita de síndrome de Stevens-Johnson/necrólise epidérmica tóxica.
- Deve-se solicitar uma punção lombar com análise do líquido cefalorraquidiano (LCR) caso haja suspeita de doença meningocócica.
- Deve-se solicitar uma ecocardiografia caso haja suspeita de febre reumática, endocardite bacteriana ou doença de Kawasaki.
- Deve-se solicitar uma radiografia torácica em caso de suspeita de febre reumática ou sarcoidose.
- Pode-se considerar uma biópsia da pele na SPEE, síndrome de Stevens-Johnson/necrólise epidérmica tóxica, DRESS e na púrpura de Henoch-Schönlein. Biópsia de pele ou linfonodo pode ser útil para confirmar sarcoidose.

Criança bem: envolvimento sistêmico leve

Rash eritematoso

- Possíveis diagnósticos: eritema multiforme, roséola infantum (sexta doença) ou eritema infeccioso (quinta doença).

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Dec 11, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

- Eritema multiforme
 - No eritema multiforme, pode-se observar lesões em alvo (anéis eritematosos anulares com uma área eritematosa externa e uma bolha central, com uma área de tom de pele normal entre elas) com distribuição simétrica nos membros, uma dermatite esfoliativa generalizada e autolimitada. Geralmente é considerada uma variação leve do espectro da síndrome de Stevens-Johnson/necrólise epidérmica tóxica. A apresentação é rápida e as lesões são dolorosas. Pápulas atípicas semelhantes a alvos (sem bolhas centrais) também podem estar presentes. Pode-se observar erosões na mucosa oral/genital.
 - Pode haver relato de história de medicação recente com sulfonamidas, penicilina, antimaláricos ou anticonvulsivantes, ou história de infecção recente por micoplasma, herpes, vírus Epstein-Barr (EBV) ou citomegalovírus (CMV).
- Roséola infantum (sexta doença)
 - Observa-se um rash rosado generalizado no tronco e nos membros proximais. Pápulas vermelhas e erosões no palato mole e úvula (manchas de Nagayama) são característicos. Pode haver relato de febre alta por 3 a 5 dias (com aparência de rash durante a defervescência), sintomas leves no trato respiratório superior e convulsões. Pode haver linfadenopatia cervical ou occipital. Ocasionalmente, há o desenvolvimento de encefalopatia e meningite asséptica.
- Eritema infeccioso (quinta doença)
 - Um eritema facial claro (bochechas esbofeteadas) poupano o nariz e a área perioral é característico. Ele é seguido, em 1 a 4 dias, por um rash estriado nos membros, que pode durar por algumas semanas. Pode haver história de exposição a uma pessoa infectada. O eritema infeccioso é observado particularmente em crianças com idade entre 4 e 10 anos durante o inverno e a primavera. Os pacientes podem relatar um pródromo leve, e dores nas articulações não são incomuns. No exame físico, pode-se observar sensibilidade nas mãos, punhos, tornozelo e pés.

[Fig-19]

exantema maculopapular

- Possíveis diagnósticos: reação simples ao medicamento ou infecção por CMV, EBV ou rubéola.
- Reação simples ao medicamento
 - Pode-se observar erupção maculopapular pruriginosa no tronco e nos membros. Em pacientes submetidos a quimioterapia, pode-se observar um exantema maculopapular caracterizado por pápulas eritematosas monomórficas. Deve-se suspeitar de reação ao medicamento quando um rash ocorrer 4 a 12 dias após o início de um novo medicamento.^[14] Antibióticos e anticonvulsivantes estão comumente implicados nas reações cutâneas a medicamentos, embora outros medicamentos e produtos fitoterápicos/nutricionais também possam ser responsáveis. Os pacientes podem ter uma história de alergia ao medicamento. Os problemas sistêmicos são variáveis nas reações simples ao medicamento.
- Infecção por CMV
 - Observa-se um exantema maculopapular, comumente com a presença de petéquias. Em pessoas saudáveis, a infecção por CMV geralmente é assintomática ou se manifesta como

uma síndrome do tipo mononucleose infecciosa, na qual pode-se observar faringite, febre, mal-estar e cefaleia.

- Linfadenopatia (cervical, submandibular ou generalizada) e hepatoesplenomegalia são comuns. Sinais de sepse podem ser observados na doença grave por CMV: por exemplo, em pacientes imunocomprometidos.
- Infecção por EBV

- Em aproximadamente 35% dos pacientes, uma erupção maculopapular começa no quarto ao sexto dia da doença, inicialmente no tronco e nos membros superiores, estendendo-se para os antebraços e o rosto, com algumas áreas ficando confluentes. Na maioria dos pacientes que recebem antibioticoterapia (ampicilina ou amoxicilina) uma erupção generalizada cor de cobre é induzida. Geralmente, essa erupção cutânea ocorre 1 semana após a administração do medicamento, e dura cerca de 1 semana antes de apresentar uma resolução, com descamação.
- Os sintomas e sinais da infecção clínica por EBV incluem faringite, febre e linfadenopatia (cervical, submandibular ou generalizada) e hepatoesplenomegalia. Pode haver ulcerações genitais.
- Infecção por rubéola

- Observam-se erupções características de máculas rosadas. Elas começam no rosto e se estendem no sentido cefálico-caudal, durando de 2 a 3 dias, com remissão na mesma ordem. A progressão típica é mais útil na suspeita deste diagnóstico que uma erupção aparentemente inespecífica.
- A rubéola é responsável por uma doença leve e autolimitada em crianças. Essa doença clínica é mais comum em pacientes não imunizados ou imunodeficientes. Após um período de 16 a 18 dias de incubação, ocorre o desenvolvimento de um pródromo, incluindo febre, cefaleia e sintomas no trato respiratório superior. É comum sentir dor nas articulações. Máculas petequiais no palato mole (manchas de Forschheimer) são características da infecção por rubéola. Linfadenopatia cervical sensível é comum, e pode haver sensibilidade nas articulações.

Rash vesiculobolhoso

- Possíveis diagnósticos: varicela, doença de mão, pé e boca, sífilis congênita ou gonorreia.
- Infecção por varicela-zóster
- Na varicela, observa-se um rash vesicular pruriginoso generalizado ou com base eritematosa, geralmente conhecido como "gota de orvalho em pétalas de rosa". Agrupamentos sucessivos de lesões aparecem por diversos dias no tronco, rosto e mucosa oral; geralmente, as lesões aparecem em diferentes estágios de evolução, de vesículas a crostas, mas sem cicatrizes. Lesões hemorrágicas e bolhosas são raras. Uma história de exposição a uma pessoa com varicela deve levantar suspeitas. Os sintomas incluem febre baixa, mal-estar e cefaleia.

[Fig-20]

- Doença mão-pé-boca

- Observa-se erupção vesicular generalizada, geralmente envolvendo as palmas das mãos, solas dos pés e nádegas, com ou sem petequias. Isso é mais comum no verão e no outono.
- Os sintomas incluem febre baixa, perda de apetite, faringite, tosse, dor abdominal, diarreia e mal-estar generalizado. Pode-se observar erosões orais e hemorragias conjuntivais.
- Sífilis
 - Na sífilis congênita, pode-se observar vesículas e bolhas localizadas nos membros (que podem ser hemorrágicas). As lesões de estágio secundário geralmente aparecem de 4 a 10 semanas após o surgimento inicial das lesões primárias. Elas manifestam-se principalmente como lesões maculares tipo moedas e indolores nos flancos, ombros, braços, tórax, costas, mãos e solas dos pés, geralmente vermelho-amarronzadas e de tamanho entre 3 mm a 10 mm.
 - Na sífilis congênita, pode haver relato de história materna de sífilis secundária ou terciária. O neonato desenvolve lesões nas 2 primeiras semanas de vida subsequente à transmissão transplacentária.
 - Pode haver relato de história de atividade sexual em casos de crianças mais velhas ou adolescentes.
 - Os pacientes apresentam uma variedade de sintomas, como mal-estar, faringite, cefaleia, perda de peso, febre baixa, prurido e dores musculares, em associação com manifestações dermatológicas. Pode-se observar alopecia desigual (aspecto de roído por traças), lesões genitais (condilomata lata) e erosões superficiais na mucosa (placas mucosas).

[Fig-21]

- Gonorreia
 - Pode-se observar pápulas cutâneas que evoluem para pústulas hemorrágicas. Pode haver a presença de lesões bolhosas, petequiais ou necróticas nos membros.
 - Os pacientes podem relatar uma história de atividade sexual. Os sintomas incluem disúria, secreção vaginal ou peniana e dor nas articulações. No exame físico, pode-se observar sensibilidade nas articulações (poliartrite) e conjuntivite.

Rash petequial/purpúrico ou hematomas

- Possíveis diagnósticos: trombocitopenia imune ou abuso infantil.
- Trombocitopenia imune
 - Crianças com trombocitopenia imune geralmente apresentam erupção cutânea purpúrea na pele e na mucosa da boca. No entanto, alguns podem apresentar coagulopatia significativa e relatar um rápido início de sangramento.
 - Os pacientes podem relatar uma recente infecção viral ou imunização.
- Abuso infantil
 - Podem haver diversos achados cutâneos (hematomas, marcas de dedos, queimaduras, arranhões, escaldaduras) e outros sinais de negligência e/ou baixo crescimento. Também pode haver relatos de uma história inconsistente/incongruente de um dos pais/cuidador (por exemplo, fraturas em uma criança imóvel), lesões e visitas frequentes ao hospital, demora na apresentação ao profissional de saúde e episódios recorrentes de trauma sem explicação adequada. Outras características incluem um padrão de lesão suspeito (fraturas

metafisárias em "alça de balde", fraturas na costela posterior, fraturas espirais, fraturas antigas inesperadas), movimento de defesa ou amplitude de movimento reduzida e calos palpáveis em fraturas em recuperação (hematomas na canela, esfoladuras no joelho) e marcha antalgica ou claudicação. A criança pode parecer inconsolável na presença dos pais.

Investigações

- Para muitos exantemas virais, o diagnóstico é clínico, e exames não são rotineiramente recomendados. Investigações sorológicas podem ser úteis para confirmar a roséola infantum (sexta doença), eritema infeccioso (quinta doença), infecção por CMV ou EBV, rubéola, varicela e doença de mão, pé e boca.
- Em casos de suspeita de infecção por sífilis ou gonorreia, deve-se solicitar uma variedade de estudos específicos. Isso pode incluir sorologia, estudos moleculares, microscopia e cultura dos fluidos lesionais.
- Deve-se solicitar um hemograma completo e estudos de coagulação em caso de suspeita de trombocitopenia imune ou abuso infantil.
- Em caso de suspeita de abuso infantil, deve-se solicitar exame de radiografia do esqueleto das áreas sob suspeita.
- Pode-se considerar uma biópsia da pele em caso de suspeita de eritema multiforme e sífilis.

Criança saudável: sem envolvimento sistêmico

Rash eritematoso

- Possíveis diagnósticos: psoríase ou pitiríase rósea.
- Psoríase
 - As lesões se apresentam de forma avermelhada, inflamada, com descamações branco-prateadas, pápulas circunscritas e placas nos cotovelos, joelhos, membros extensores e no couro cabeludo. As unhas psoriáticas apresentam superfície com marcas e/ou alterações hipertróficas (subungueais). A psoríase infantil apresenta evolução variável e raramente desaparece por completo. A intensidade é agravada por fatores genéticos, infecciosos, emocionais e ambientais. O diagnóstico geralmente é clínico.
- Pitiríase rósea
 - Pode haver a presença de uma placa precursora (uma lesão ovalada de 2 a 5 cm com escamas superficiais, às vezes delineada por escamas). No entanto, dentro de poucos dias, pode-se notar crostas de lesões menores. As lesões são mais aparentes no tronco e nos membros proximais, dispostas ao longo das linhas da pele formando um padrão de "árvore de natal" nas costas ou um padrão de "cardume de peixinhos" nos flancos. Os pacientes podem relatar uma recente doença do trato respiratório superior (DTRS). Outros sintomas incluem febre, mal-estar, cefaleia e artralgia.

[Fig-22]

Rash eczematoso

- Possíveis diagnósticos: dermatite de contato irritativa, dermatite alérgica de contato, dermatite atópica ou dermatite seborreica.
- Dermatite irritante

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Dec 11, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

- A dermatite da área das fraldas pode resultar da irritação direta pelas fezes ou urina.
 - Dermatite alérgica de contato
 - É uma reação de hipersensibilidade tardia que resulta em queimação localizada, ardência, prurido, bolhas, vermelhidão e edema na área de contato com o alérgeno. Frequentemente, a erupção (pápulas ou manchas escamosas eritematosas) é claramente delineada com bordas nítidas e confinada às áreas em que o alérgeno teve contato com a pele.
 - Pode ser uma história de exposição recente a toxicodendro (hera venenosa, carvalho ou sumagre venenosos) ou níquel; história prévia de alergia a esses agentes, ou dermatite prévia em resposta a um agente
 - Outras condições alérgicas podem ser desencadeadas pela exposição a um alérgeno, como rinite alérgica, asma e anafilaxia.
 - Dermatite atópica
 - Descamação de placas ou pápulas vermelhas no rosto ou nas superfícies extensoras é uma característica. O prurido é intenso. Geralmente, há a presença de xerose e escoriações, e pode-se observar áreas de hipo/hiperpigmentação.
 - Pode-se obter uma história de febre do feno, asma atópica, alergia ao leite ou uma história familiar de doenças atópicas. Os pacientes também podem relatar dermatite recorrente em áreas de exposição a possíveis alérgenos (por exemplo, produtos de cuidados da pele, ou algodão e solventes lipídicos).
- [Fig-23]**
- Dermatite seborreica
 - Apresenta-se em lactentes (geralmente <2 meses de idade) como uma escama grossa no couro cabeludo, ou "crosta láctea". Também pode comprometer a área da fralda. Em crianças mais velhas, as áreas perinasais, sobrancelhas, glabella e couro cabeludo podem estar envolvidos. As lesões não são pruriginosas.

exantema maculopapular

- Possíveis diagnósticos: tinha do corpo, escabiose, segundo estágio do impetigo, foliculite e mastocitose.
- Tinha do corpo
 - Lesões anulares e escamosas com clareamento central, bordas avermelhadas ligeiramente elevadas e transições abruptas da pele, de anormal para normal, são características (tinha). As áreas expostas são os locais de lesões mais comuns, mas qualquer área do corpo pode ser afetada. Geralmente apresentam-se como lesões únicas ou múltiplas no tronco, membros ou rosto. Prurido também pode ser uma característica.
 - Pode haver relato de uma história de contato com uma pessoa ou animal infectado, ou contato da pele com um fômite que esteja carregando os organismos.
- Escabiose
 - Pápulas e manchas eczematosas, geralmente comprometendo espaços interdigitais, umbilicais, virilha e axilas (embora as lesões possam aparecerem em qualquer local), são

uma característica. Algumas lesões podem tornar-se nodulares, e pode-se notar lesões urticiformes. Pode-se observar escavações características (túnel intacto com um minúsculo ponto negro, o ácaro, no final), geralmente nos espaços interdigitais. Um prurido intenso, especialmente à noite, é característico.

[Fig-24]

- Impetigo

- Uma pápula eritematosa é evidente, que depois se torna uma vesícula unilocular. A vesícula se rompe e, por fim, torna-se uma crosta amarelo-dourada. É comum haver uma história de exposição a uma pessoa infectada. Os pacientes podem apresentar uma afecção cutânea preexistente (por exemplo, dermatite atópica, escabiose); nesse caso, o processo da doença geralmente começa em uma lesão existente ou em uma área traumatizada.

[Fig-25]

- Foliculite

- Pode-se observar várias pápulas e pústulas pequenas em uma base eritematosa, em qualquer local com pelos. Infecções mais profundas podem resultar em abscessos dérmicos no centro dos folículos. Geralmente, eles apresentam resolução espontânea. Em lactentes, pode-se observar uma forma específica de foliculite pustulosa eosinofílica. Esta doença manifesta-se como pústulas e vesículas que comprometem principalmente o couro cabeludo; as lesões geralmente apresentam uma base eritematosa e incrustante.
- A foliculite bacteriana pode estar presente em crianças com imunossupressão (por exemplo, diabetes mellitus). Exposição à água contaminada (por exemplo, em uma banheira) é reconhecida como causa comum de foliculite por *Pseudomonas*. Pode haver história de trauma cutâneo.

- Mastocitose

- Observam-se lesões papulares solitárias ou disseminadas (5-15 mm; amarelo-amarronzadas a amarelo-avermelhadas). As lesões podem apresentar bolhas periodicamente e depois retornar ao formato original. Também pode-se observar urticárias; nesse caso, pode-se observar uma exacerbação eritematosa circundante quando a lesão é esfregada (sinal de Darier).

Investigações

- Para muitas etiologias, o diagnóstico é clínico; geralmente, não são necessários exames confirmatórios.
- Em etiologias com suspeita de infecção, pode ser prudente realizar bacteriologia (por exemplo, coloração de Gram e/ou cultura do fluido da lesão) quando houver dúvidas sobre o diagnóstico ou se o paciente não responder à terapia empírica apropriada.
- Os níveis de imunoglobulina E (IgE) sérica, teste alérgico cutâneo por puntura ("prick test") e testes de contato podem ser úteis para confirmar uma causa de contato alérgico ou dermatite atópica.[50]
- Pode-se considerar biópsia de pele caso seja considerado um diagnóstico de psoríase, pitiríase rósea ou mastocitose.

Visão geral do diagnóstico diferencial

Comum

Roséola infantum (sexta doença)

Eritema infeccioso (quinta doença)

infecção por vírus Epstein-Barr (EBV)

Dermatite atópica

Dermatite seborreica

Dermatite de contato irritativa

Pitíase rósea

Impetigo

Tinha do corpo

Escabiose

Picadas ou ferroadas de insetos

Abuso infantil

Candidíase cutânea

Herpes simples cutânea

Molusco contagioso

Incomum

Varicela-zóster

Rubéola (sarampo)

Infecção por citomegalovírus (CMV)

Hepatite B

Hepatite C

Incomum

Soroconversão do vírus da imunodeficiência humana (HIV)

Rubéola (sarampo alemão)

Doença mão-pé-boca

Dermatite alérgica de contato

Psoríase

Mastocitose

Foliculite

Febre maculosa das Montanhas Rochosas

Doença de Lyme

Erupção simples por medicamento

Quimioterapia

Síndrome de Stevens-Johnson/necrólise epidérmica tóxica

Reação ao medicamento acompanhada de eosinofilia e sintomas sistêmicos (síndrome de DRESS - drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms)

Eritema multiforme

Síndrome da hipersensibilidade sistêmica

Doença meningocócica

Escarlatina

Síndrome da pele escaldada estafilocócica

Síndrome do choque tóxico

Sífilis

Gonorreia

Endocardite bacteriana

Incomum

Alergia alimentar

Leucemia

Trombocitopenia imune

Doença de Kawasaki

Artrite juvenil

Púrpura de Henoch-Schönlein

Lúpus eritematoso sistêmico

Febre reumática

Sarcoidose

Diagnóstico diferencial

Comum

◊ Roséola infantum (sexta doença)

História	Exame	1° exame	Outros exames
rash durante a defervescência da febre alta, sobretudo em lactentes; pode haver predisposição a convulsões, encefalopatia e meningite asséptica; às vezes, há a presença de sintomas leves no sistema respiratório superior	febre alta; aparecimento abrupto de rash rosado generalizado no tronco e nos membros proximais durante a defervescência; às vezes ocorre linfadenopatia cervical ou occipital; pápulas vermelhas e erosões no palato mole e úvula (manchas de Nagayama)	»nenhuma: diagnóstico clínico	»soro para anticorpos anti-herpes-vírus humano tipo 6: positiva

◊ Eritema infeccioso (quinta doença)

História	Exame	1° exame	Outros exames
história de exposição a uma pessoa infectada; pródromo leve, sobretudo em crianças entre 4 e 10 anos de idade, durante o inverno e a primavera, artralgia de mãos, punhos, tornozelos e pés não são incomuns	eritema inicial de bochechas esbofeteadas, seguido de 1 a 4 dias de rash estriado nos membros	»nenhuma: diagnóstico clínico	»anticorpo IgM (imunoglobulina M) antiparvovírus B19: positiva

◊ infecção por vírus Epstein-Barr (EBV)

História	Exame	1° exame	Outros exames
erupção cutânea com faringite, febre e linfadenopatia	febre, rash no quarto ao sexto dia da doença, inicialmente no tronco e nos membros superiores, estendendo-se aos antebraços e rosto, linfadenopatia (cervical, submandibular ou generalizada), hepatoesplenomegalia comum; pode-se	»nenhuma: diagnóstico clínico	»teste monospot sérico: positiva Exame rápido com lâmina que detecta anticorpos heterófilos IgM; detectável após 1 semana de infecção. »anticorpos heterófilos: positiva

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Dec 11, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Comum

◊ infecção por vírus Epstein-Barr (EBV)

História	Exame	1º exame	Outros exames
	observar ulcerações genitais		<p>Detectável 1 mês após a infecção, e persiste até 18 meses.</p> <p>»anticorpos EBV (vírus Epstein-Barr): positiva Anticorpos (imunoglobulina G [IgG], IgM) do antígeno do capsídeo viral aparecem primeiro (antes dos sintomas); anticorpos do antígeno nuclear EBV aparecem 1 mês após os sintomas. Ambos continuam positivos por toda a vida.</p> <p>»Hemograma completo: leucocitose, linfocitose com linfócitos atípicos Inespecífico.</p>

◊ Dermatite atópica

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de febre do feno, asma atópica, alergia ao leite ou história familiar de doenças atópicas; dermatite recorrente em áreas de exposição a possíveis alérgenos, como produtos de cuidados da pele, ou algodão e solventes lipídicos; prurido intenso	descamação de manchas ou pápulas vermelhas no rosto ou nas superfícies extensoras é uma característica	» nenhuma: diagnóstico clínico	<p>»teste alérgico cutâneo por punta ("prick test"): positivo; pápulas maiores que o controle (histamina), geralmente com diâmetro >5 mm Os alérgenos selecionados para o teste são determinados pela história clínica.</p> <p>»nível sérico total da imunoglobulina</p>

Comum**◊ Dermatite atópica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			E (IgE): pode estar elevada

◊ Dermatite seborreica

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente <2 meses de idade, não pruriginoso	escama grossa no couro cabeludo ("crosta láctea"); se houver disseminação, poderá envolver a área das fraldas, a área perinasal, sobrancelhas, glabella e couro cabeludo; eritema variável	» nenhuma: diagnóstico clínico	

◊ Dermatite de contato irritativa

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de dermatite atópica ou irritante prévia; queimação e ardor	observam-se pápulas ou manchas escamosas eritematosas; a localização depende do agente, estando geralmente confinada ao padrão do agente desencadeante; se o paciente coçá-las, as lesões poderão ficar escoriadas	» nenhuma: diagnóstico clínico	

◊ Pitiríase rósea

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, mal-estar, cefaleia, artralgia; história recente de infecção do trato urinário	presença de placa precursora (2 a 5 cm de lesões ovaladas com escamas superficiais, às vezes delineada por escamas); dentro de alguns dias, serão observadas crostas de lesões menores;	» nenhuma: diagnóstico clínico	» biópsia de pele: infiltrado linfo-histiocitário perivascular superficial, paraceratose focal, ceratinócitos disceratóticos, edema

Comum

◊ Pitiríase rósea

História	Exame	1º exame	Outros exames
	lesões no tronco e nos membros proximais; distribuídas ao longo das linhas cutâneas formando um padrão de "árvore de natal" nas costas ou um padrão de "cardume de peixinhos" nos flancos		dermal papilar e eritrócitos extravasados

◊ Impetigo

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de exposição a pessoas infectadas, história de uma afecção cutânea preexistente (por exemplo, dermatite atópica, escabiose); geralmente começa em uma lesão existente ou em uma área traumatizada	a lesão típica começa como uma pápula eritematosa, em seguida torna-se uma vesícula unilocular; quando a vesícula subcorneana se torna pustular, ela se rompe e, por fim, transforma-se em uma crosta amarelo-dourada, característica do processo da doença	» nenhuma: diagnóstico clínico	» coloração de Gram: neutrófilos com cocos Gram-positivos em cadeias ou em agrupamentos » cultura: Staphylococcus aureus é mais comumente encontrado, Streptococcus pyogenes ou outros estreptococos beta-hemolíticos do grupo A

◊ Tinha do corpo

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode haver história de exposição a outra pessoa ou animal com lesão; presente no tronco, membros ou rosto; prurido	lesões escamosas anulares, simples ou múltiplas (e assimétricas), com clareamento central, bordas avermelhadas ligeiramente elevadas e margens agudas (transição abrupta de pele anormal para normal) no tronco, membros ou rosto	» nenhuma: diagnóstico clínico	» exames de hidróxido de potássio: hifas ramificadas » cultura da pele: positivo para dermatófito

Comum**◊ Escabiose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
prurido intenso, sobretudo à noite; história de exposição a outra pessoa com escabiose	as lesões podem aparecer em qualquer local; os locais preferidos são os espaços interdigitais, umbigo, virilha e axilas; geralmente, estão presentes como pápulas e manchas eczematosas, e algumas lesões podem ser nodulares; pode-se observar espessamento ceratótico nas mãos; pode-se observar lesões de urticária; as escavações (túnel intacto com um minúsculo ponto negro, o ácaro, no final) são patognomônicas, geralmente observadas nos espaços interdigitais	» nenhuma: diagnóstico clínico	» microscopia de raspagens da pele: presença de ácaros, ovos ou fezes de ácaros

◊ Picadas ou ferroadas de insetos

História	Exame	1º exame	Outros exames
lesões localizadas nas áreas afetadas da pele, geralmente após exposição externa; picadas de insetos recentes; muitas vezes, outros membros da família também estão afetados; início rápido, urticária minutos a horas após a exposição à picada ou ferroada de inseto	as lesões geralmente ocorrem em áreas não cobertas da pele; nódulos nos membros inferiores durante o verão sugerem picadas; pode desenvolver-se um edema; em seguida, pode ocorrer um edema generalizado e comprometimento das vias aéreas	» nenhuma: diagnóstico clínico	» exame radioalergoadsorvente (RAST) do alérgeno de hymenoptera: positivo na urticária alérgica (reação do tipo I)

Comum

Abuso infantil

História	Exame	1º exame	Outros exames
história inconsistente/incongruente de um dos pais/cuidador (por exemplo, fraturas em uma criança que ainda não anda); lesões e visitas frequentes ao hospital; demora na apresentação ao profissional de saúde; episódios recorrentes de trauma sem explicação adequada; <2 anos de idade	achados cutâneos (hematomas, marcas de dedos, queimaduras, arranhões, escaldaduras), sinais de negligência e/ou baixo crescimento; criança inconsolável na presença dos pais; padrão suspeito de lesão (fraturas metafisárias "alça de balde", fraturas na costela posterior, fraturas espirais, fraturas antigas inesperadas); movimento de defesa ou amplitude de movimento reduzida; calos palpáveis em fraturas curadas (hematomas na canela, esfoladuras no joelho); marcha antalgica; claudicação	» Hemograma completo: normal » tempo de protrombina sérica, tempo de tromboplastina parcial ativada e fibrinogênio: normal	» radiografias das áreas suspeitas: edema dos tecidos moles, fraturas espirais, calos em fraturas curadas As radiografias biplanares devem incluir todas as áreas suspeitas. Os membros devem incluir o osso longo acima e abaixo das articulações. Certas fraturas (por exemplo, fraturas metafisárias em alça de balde, na costela posterior) em crianças pequenas e lesões em diferentes estágios de cura são suspeitas de abuso infantil. Indica-se uma radiografia do esqueleto em todas as crianças <2 anos de idade abusadas fisicamente. Geralmente é preciso uma revisão por um especialista em radiologia para distinguir as alterações do crescimento normal das variantes normais.

◊ Candidíase cutânea

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode haver o desenvolvimento de	geralmente envolve áreas de dobras com uma placa	» nenhum exame inicial: diagnóstico clínico	» coloração de Gram das lesões: leveduras de brotamento

Comum**◊ Candidíase cutânea**

História	Exame	1º exame	Outros exames
manchas com suor ou excesso de umidade	eritematosa no centro e ao redor de lesões satélites menores, ocasionalmente com secreção esbranquiçada no centro		

◊ Herpes simples cutânea

História	Exame	1º exame	Outros exames
pode haver pródromo de queimação, seguido por prurido e lesões	vesículas agrupadas com eritema ao redor	»nem um exame inicial: diagnóstico clínico	»teste de anticorpo fluorescente direto: positivo para o vírus do herpes simples »reação em cadeia da polimerase: positivo para o ácido desoxirribonucleico (DNA) do vírus do herpes simples

◊ Molusco contagioso

História	Exame	1º exame	Outros exames
desenvolvimento de pápulas da cor da pele, geralmente assintomáticas, possível história de exposição a um indivíduo com lesões semelhantes	pápulas pequenas da cor da pele; ocasionalmente com uma "dermatite por moluscos" eczematosa ao redor	»nem um exame inicial: diagnóstico clínico	»esfregaço das lesões: corpos de inclusão de molusco

Incomum**◊ Varicela-zóster**

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de exposição a pessoas infectadas; uma viremia inicial entre o 4º e 6º dia; viremia e aparição de	rash vesicular; agrupamentos sucessivos de lesões aparecem por diversos dias no tronco,	»nenhum: diagnóstico clínico	»teste de anticorpo fluorescente direto: positivo para o vírus da varicela-zóster

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Dec 11, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerar responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Incomum

◊ Varicela-zóster

História	Exame	1º exame	Outros exames
erupções vesiculares características na base eritematosa entre o 11º e o 20º dia, geralmente chamadas de "gota de orvalho em pétalas de rosa", febre baixa, mal-estar, cefaleia	rosto e mucosa oral; geralmente, as lesões aparecem em diferentes estágios de evolução, de vesículas a crostas; lesões hemorrágicas ou bolhosas são raras		» reação em cadeia da polimerase: positivo para o ácido desoxirribonucleico (DNA) do vírus da varicela-zóster

🚩 Rubéola (sarampo)

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de exposição a uma pessoa infectada; pródromo de tosse, coriza, conjuntivite e manchas de Koplik (pápulas cinza-esbranquiçadas na mucosa da boca/palato mole); paciente não imunizado ou imunodeficiente; dura cerca de 5 dias	máculas e pápulas eritematosas começam na testa, linha do couro cabeludo e atrás das orelhas, estendendo-se no sentido céfálico-caudal; manchas de Koplik	» sorologia de IgM específica para sarampo: positiva A sensibilidade é mais alta entre 3-14 dias após a apresentação inicial do rash.	

◊ Infecção por citomegalovírus (CMV)

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de imunocomprometimento; erupção cutânea com faringite, febre, mal-estar e cefaleia	febre, rash com petéquias estão comumente presentes; linfadenopatia (cervical, submandibular ou generalizada) e hepatoesplenomegalia são comuns; sinais de sepse em doença grave (pacientes imunocomprometidos)	» reação em cadeia da polimerase: positiva para CMV	» CMV sérico por ensaio de imunoadsorção enzimática (ELISA): infecção aguda sugerida pela presença da IgM » cultura viral: isolamento do CMV

◊ Hepatite B

História	Exame	1º exame	Outros exames
exposição materna (perinatal) ou	o rash pode ser maculopapular;	» antígeno de superfície da	

Incomum**◊ Hepatite B**

História	Exame	1º exame	Outros exames
doméstica à infecção pelo vírus da hepatite B (HBV); febre, calafrios, mal-estar, artralgia	outros achados cutâneos tardios, inclusive vasculite, urticária, líquen plano, crioglobulinemia e porfiria cutânea tardia; desconforto abdominal hepática ou generalizada	hepatite B (HBsAg sérico): positiva Aparece de 2-10 semanas após a exposição ao HBV. » anti-HBc IgM (anticorpos séricos da classe IgM contra o antígeno do núcleo do vírus da hepatite B): positiva Aparece algumas semanas após a infecção aguda e permanece detectável por um período de 4-8 meses.	

◊ Hepatite C

História	Exame	1º exame	Outros exames
exposição materna (perinatal); fadiga, mialgia ou artralgia	o rash pode ser maculopapular; outros achados cutâneos tardios incluem a vasculite, urticária, líquen plano, crioglobulinemia e porfiria cutânea tardia; desconforto abdominal hepática ou generalizada	» sorologia da hepatite C: positiva » reação em cadeia da polimerase para o vírus da hepatite C (HCV): positiva O exame do ácido ribonucleico (RNA) do HCV é necessário para diagnosticar uma infecção aguda.	

¶ Soroconversão do vírus da imunodeficiência humana (HIV)

História	Exame	1º exame	Outros exames
síndrome aguda 3 a 6 semanas após a exposição; fadiga, mal-estar, cefaleia e mialgia	erupção fina morbiliforme no tronco e nos membros superiores, e ocasionalmente nas palmas das mãos e	» RNA viral ou antígeno do core do HIV: positiva Pacientes com risco de infecção por HIV	» sorologia do HIV: positiva Geralmente leva 6 semanas para a soroconversão; o

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Dec 11, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Incomum

¶ Soroconversão do vírus da imunodeficiência humana (HIV)

História	Exame	1º exame	Outros exames
	nas solas dos pés; dura de 4 a 5 dias, com resolução espontânea	devem ser examinados. Detectável cerca de 10 dias após a infecção.	rash tem resolução geralmente antes que esse teste dê positivo.

◊ Rubéola (sarampo alemão)

História	Exame	1º exame	Outros exames
período de 16 a 18 dias de incubação, pródromo de febre, cefaleia, dor nas articulações e sintomas no trato respiratório superior; mais comum em pacientes não imunizados e imunodeficientes	a erupção maculopapular começa no rosto e dissemina-se no sentido cefálico-caudal; máculas petequiais no palato mole (manchas de Forschheimer), linfadenopatia cervical sensível, sensibilidade nas articulações	» anticorpos séricos antirrubéola: positiva IgM ou aumento de 4 vezes na IgG.	

◊ Doença mão-pé-boca

História	Exame	1º exame	Outros exames
erupção cutânea vesicular generalizada nas palmas das mãos, solas dos pés e nádegas; mais comum no verão e outono; febre baixa, perda de apetite, faringite, tosse, dor abdominal, diarreia, mal-estar geral	vesículas elípticas; faringite comum, às vezes petequias, erosões orais e hemorragias conjuntivais	» nenhuma: diagnóstico clínico	» cultura viral: positivo para coxsackie A16 ou enterovírus 71 Das fezes, swab da garganta ou fluido corporal (cerebroespinhal, vesícula cutânea, sangue); possível diagnóstico rápido, mas geralmente realizado somente em casos associados a uma doença significativa. » teste de reação em cadeia da polimerase: positivo para coxsackie A16 ou enterovírus 71

Incomum**◊ Doença mão-pé-boca**

História	Exame	1º exame	Outros exames
			Das fezes, swab da garganta ou fluido corporal (cerebroespinhal, vesícula cutânea, sangue); possível diagnóstico rápido, mas geralmente realizado somente em casos associados a uma doença significativa.

◊ Dermatite alérgica de contato

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de exposição recente a hera, carvalho ou sumagre venenosos, ou níquel; história prévia de alergia a esses agentes, ou dermatite prévia em resposta a um agente	observam-se pápulas ou manchas escamosas eritematosas; a localização depende do agente, estando geralmente confinada ao padrão do agente desencadeante; se o paciente as coçar, as lesões poderão ficar escoriadas	» nenhuma: diagnóstico clínico	» teste de contato: positivo na dermatite alérgica de contato Os alérgenos selecionados para o teste são determinados pela história clínica.

◊ Psoríase

História	Exame	1º exame	Outros exames
história familiar positiva de psoríase; prurido; história de artrite	placas eritematosas discretas com escamas prateadas grossas localizadas nos cotovelos, joelhos e couro cabeludo; na "psoríase inversa", a escama é menos evidente, e as lesões psoriáticas são observadas nas axilas, outras dobras e área genital	» nenhuma: diagnóstico clínico	» biópsia de pele: pústulas espongiformes intraepidérmicas e microabscessos neutrofílicos de Munro dentro da camada córnea

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Dec 11, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa [declaração de exoneración de responsabilidade](#). © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Incomum**🚩 Mastocitose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
erupção cutânea disseminada ou solitária adquirida; a lesão apresenta urticárias e bolhas periodicamente, retornando ao formato original	pápulas de 5 a 15 mm, amarelo-amarronzadas a amarelo-avermelhadas; edema, urticárias, formação de vesículas e bolhas, urticárias envolvendo exacerbações eritematosas ao serem esfregadas (sinal de Darier)	» nenhuma: diagnóstico clínico	» biópsia de pele: infiltrado de mastócito dérmico perivasicular

◊ Foliculite

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de imunossupressão ou exposição a água contaminada (por exemplo, em uma banheira); história de episódios prévios; pode começar com um trauma na pele; as lesões geralmente apresentam resolução espontânea	geralmente se apresenta com múltiplas pápulas e pústulas pequenas em uma base eritematosa, em qualquer local com pelos, com infecção mais profunda causando abscessos dérmicos no centro do folículo; pode haver a presença de lesões no couro cabeludo	» nenhuma: diagnóstico clínico	» coloração de Gram: cocos Gram-positivos » cultura: Staphylococcus aureus são encontradas mais comumente, mas Pseudomonas também podem ser encontradas » biópsia de pele: exocitose de eosinófilos com micropústulas

🚩 Febre maculosa das Montanhas Rochosas

História	Exame	1º exame	Outros exames
incidência no verão/outono, atividade externa predispondo a exposição ao carrapato cerca de 1 semana antes do desenvolvimento da síndrome do tipo influenza, sintomas gastrointestinais, erupção cutânea raramente presente nos 3 primeiros dias	febre; o rash começa como uma erupção macular nos punhos, tornozelos, palmas das mãos e solas dos pés, com disseminação para o centro, geralmente poupando o rosto, que se torna petequioso com a evolução da vasculite; pode haver a presença de uma inflamação intensa	» sorologia indireta de anticorpo imunofluorescente: título $\geq 1:64$ para os anticorpos anti Rickettsia Método de teste sorológico preferido. O título agudo elevado estabelece um provável diagnóstico de febre maculosa das	» sorologia na convalescência: uma alteração de 4 vezes ou mais no título entre amostras séricas da fase aguda e da fase de convalescência Obtida 2-4 semanas após a coleta sérica aguda. A soroconversão confirma

Incomum**🚩Febre maculosa das Montanhas Rochosas**

História	Exame	1º exame	Outros exames
e doença; cefaleia, confusão, mal-estar, náuseas, vômitos, mialgia, dor abdominal, diarreia; convulsões são incomuns	ou equimoses no local da picada do carrapato; conjuntivite, estado mental alterado, linfadenopatia, edema periférico, hepatomegalia	Montanhas Rochosas. Raramente mostra resultados positivos até pelo menos 7-10 dias de doença, mas estabelece a linha basal para os testes confirmatórios subsequentes.	retrospectivamente o diagnóstico.

🚩Doença de Lyme

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de exposição na área endêmica com carrapato; a erupção cutânea se desenvolve 1 a 2 semanas após a picada do carrapato; cefaleias, mialgias, fadiga, artralgia	o eritema migratório é característico; meningismo, neuropatia	» ELISA ou ensaio de imunofluorescência: positiva para Borrelia burgdorferi	» ensaios de immunoblot (Western blot) IgM e IgG: positiva Devem ser solicitados para os pacientes com resultados equivocados ou positivos de ELISA.

◊ Erupção simples por medicamento

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de uso recente de medicamentos, principalmente de antibióticos, como penicilinas, sulfonamidas, cefalosporinas; uso de novos suplementos nutricionais ou fitoterápicos; história de alergia a medicamento; a erupção geralmente ocorre de 4 a 14 dias após a exposição a um novo medicamento; prurido	erupção maculopapular no tronco e nos membros; às vezes febril; em reações alérgicas, achados cutâneos predominantes; o paciente pode parecer adoecido ou mostrar um leve mal-estar	» nenhuma: diagnóstico clínico	

Incomum**◊ Quimioterapia**

História	Exame	1º exame	Outros exames
exposição a quimioterapia	exantema maculopapular caracterizado por pápulas eritematosas monomórficas	» nenhuma: diagnóstico clínico	» tentativa terapêutica de supressão da quimioterapia: resolução do rash

🚩 Síndrome de Stevens-Johnson/necrólise epidérmica tóxica

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de medicação recente (por exemplo, anticonvulsivantes, sulfonamidas, anti-inflamatórios não esteroidais [AINEs], allopurinol, anti-helmínticos, antimaláricos, clormezanona, corticosteroides, medicamentos para síndrome de imunodeficiência adquirida [AIDS], como a nevirapina, inibidores seletivos da ciclo-oxigenase-2 [COX-2] e lamotrigina); doença do trato respiratório superior (DTRS) recente, infecção por micoplasma, herpes, EBV ou CMV	comprometimento cutâneo disseminado, comprometimento de ≥2 superfícies mucosas (oral, conjuntival, anogenital); lesões cutâneas inicialmente semelhantes a alvos, geralmente se tornam confluentes; sinal de Nikolsky positivo nas áreas envolvidas; os pacientes parecem agudamente adoecidos	» nenhuma: diagnóstico clínico	» biópsia de pele: apoptose dos queratinócitos com descolamento entre a camada epidérmica e a camada dérmica da pele » hemoculturas: negativo Solicitadas para descartar a infecção por espécies de <i>Staphylococcus</i> ou de <i>Streptococcus</i> que causam a síndrome do choque tóxico ou a síndrome da pele escaldada.

🚩 Reação ao medicamento acompanhada de eosinofilia e sintomas sistêmicos (síndrome de DRESS - drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms)

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de uso recente de anticonvulsivantes, sulfonamidas, allopurinol ou minociclina; febre, dermatite,	erupção morbiliforme geralmente encontrada no início; rosto, tronco superior e membros superiores são afetados primeiro	» Hemograma completo: eosinofilia, linfocitose atípica » urinalise: proteinúria, sedimento urinário anormal com	» biópsia de pele: infiltrado linfocítico denso na derme superficial e/ou perivascularamente, associado a eosinófilos

Incomum

🚩Reação ao medicamento acompanhada de eosinofilia e sintomas sistêmicos (síndrome de DRESS - drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms)

História	Exame	1º exame	Outros exames
linfadenopatia, comprometimento dos órgãos internos; começa 8 semanas após o início da terapia	com comprometimento tardio dos membros inferiores; febre, linfadenopatia, características clínicas de comprometimento visceral grave (por exemplo, sensibilidade no quadrante superior direito/hepatomegalia com hepatite, estertores/sibilos/taquipneia com pneumonite)	eosinófilos ocasionais indicando uma nefrite intersticial	e edema dérmico; linfócitos atípicos ocasionais

🚩Eritema multiforme

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de uso recente de sulfonamidas, penicilina, antimaláricos ou anticonvulsivantes; história de infecção recente por micoplasma, herpes, vírus Epstein-Barr (EBV) ou citomegalovírus (CMV); início rápido de lesões dolorosas	lesões em alvo típicas (anéis eritematosos com uma zona eritematosa externa e uma bolha central, com uma zona de tom de pele normal entre elas) com distribuição simétrica nos membros; pápulas atípicas semelhantes a alvos (sem formação de bolha central); nas mucosas (erosões orais/genitais)	»nenhuma: diagnóstico clínico	» biópsia de pele: necrose celular satélite, degeneração vacuolar da membrana basal, edema papilar grave; infiltração dos linfócitos e depósitos imunes inespecíficos

🚩Síndrome da hipersensibilidade sistêmica

História	Exame	1º exame	Outros exames
pacientes agudamente adoecidos com febre, dor abdominal e edema facial	erupção morbiliforme (tipo sarampo) por medicamentos; edema facial, linfadenopatia significativa, febre	» testes da função hepática: aminotransferases elevadas	

Incomum

Síndrome da hipersensibilidade sistêmica

História	Exame	1º exame	Outros exames
		» Hemograma completo: eosinofilia acentuada	

Doença meningocócica

História	Exame	1º exame	Outros exames
início abrupto de febre e mal-estar; história de imunocomprometimento (por exemplo, asplenia) ou exposição a uma pessoa infectada	rash petequial ou purpúrico nos membros (geralmente não esbranquiçado), sinal de sepse (mãos e pés frios, dor nas pernas, palidez, pele mosqueada, torpor, dificuldade respiratória), febre, rigidez da nuca	» Hemograma completo: leucocitose, anemia, trombocitopenia » hemoculturas: diplococos Gram-negativos Culturas negativas não excluem infecção. » punção lombar: pleocitose polimorfonuclear, glicose baixa e proteínas elevadas, presença de diplococos gram-negativos	

Escarlatina

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de faringite e febre; no caso de história de exposição, o paciente terá sido exposto 2 a 5 dias antes do início dos sintomas; as erupções cutâneas aparecem em todas as áreas ao mesmo tempo	rash eritematoso com textura tipo "lixa", com pápulas discretas na cor da pele; petéquias lineares nas dobras da pele, sobretudo nas fossas axilares, inguinais e antecubitais (linhas de Pastia); adenopatia cervical sensível; eritema faríngeo com exsudato e petéquias palatais; língua vermelha e edemaciada (em framboesa)	» nenhuma: diagnóstico clínico	» teste rápido para detecção do estreptococo (swab faríngeo): positiva » título de antiestreptolisina O: positiva

Incomum**🚩 Síndrome da pele escaldada estafilocócica**

História	Exame	1º exame	Outros exames
idade <6 anos ou história de insuficiência renal; história recente de infecção na pele, trato respiratório, boca ou trato gastrointestinal; rash eritematoso difuso, pródromo de febre, mal-estar e pele sensível	rash eritematoso generalizado; esfoliação cutânea, bolhas frágeis na superfície da pele, sinal de Nikolsky positivo (bolha produzida por pressão lateral); febre	» cultura da bolha: negativo	» biópsia de pele: bolha intraepidérmica com divisão dentro da camada granular » ELISA para a toxina Staphylococcus aureus: positiva Caso esteja disponível.

🚩 Síndrome do choque tóxico

História	Exame	1º exame	Outros exames
história recente de cirurgia, faringite, cefaleia, febre alta, confusão, mal-estar, diarreia, vômitos, dificuldade respiratória; história de uso recente de superabsorvente em mulheres adolescentes	rash eritematoso difuso no tronco, palmas das mãos e solas dos pés, pode ser descamativo; febre, hipotensão, evidência de comprometimento de múltiplos órgãos	» hemoculturas: geralmente negativa na infecção estafilocócica; pode ser positiva na infecção por estreptococos » sorologia de anticorpos agudos e convalescentes: positiva para infecção por <i>Staphylococcus aureus</i> » creatinina sérica: elevada em ≥2 vezes o limite superior do normal para a idade » contagem plaquetária: <100 x 10 ⁹ /L (<100,000/microlitro) » testes da função hepática: elevado	» sorologia da toxina: evidência de exotoxinas estreptocócicas Não está disponível rotineiramente.

🚩 Sífilis

História	Exame	1º exame	Outros exames
história materna de sífilis secundária ou terciária em crianças	sífilis congênita, vesículas e bolhas localizadas	» teste sérico do VDRL (Venereal Disease Research	» microscopia de campo escuro: visualização direta do

Incomum

Sífilis

História	Exame	1º exame	Outros exames
pequenas; os neonatos desenvolvem lesões nas 2 primeiras semanas de vida através de transmissão transplacentária; história de atividade sexual em crianças/ adolescentes mais velhos; as lesões do estágio secundário geralmente aparecem de 4 a 10 semanas após o aparecimento inicial das lesões primárias; os pacientes apresentam uma variedade de sintomas, como mal-estar, faringite, cefaleia, perda de peso, febre baixa, prurido e dor muscular, além de manifestações dermatológicas	principalmente nos membros, podendo ser hemorrágicas, secundárias à sífilis, com lesões maculares indolores em formato de moeda nos flancos, ombros, braços, tórax, costas, mãos e solas dos pés; as lesões normalmente são castanho-avermelhadas, com 3 a 10 mm; variações das erupções cutâneas da sífilis secundária podem incluir pústulas; outras lesões associadas incluem a alopecia em placa (aparência de "roído por traça"), lesões genitais (condiloma lata), erosões superficiais da mucosa (placas mucosas)	Laboratory, laboratório de pesquisa de doenças venéreas: positiva » reagina plasmática rápida sérica: positiva	organismo; bactéria espiroqueta em forma de espiral com motilidade e aparência de saca-rolha » ensaio sérico de absorção do anticorpo fluorescente: positiva » ensaio de hemaglutinação para Treponema pallidum: positiva » histologia da biópsia de pele: o infiltrado celular consiste principalmente em linfócitos, plasmócitos, macrófagos, alguns leucócitos polimorfonucleares, células epitelioides e células gigantes ocasionais

Gonorreia

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de atividade sexual, disúria, secreção vaginal ou peniana, artrite	pápulas cutâneas que progridem para pústulas hemorrágicas, bolhas, petequias ou lesões necróticas nos membros; poliartrite; conjuntivite	» cultura da lesão cutânea ou fluido corporal: positiva	» testes de amplificação de ácido nucleico: positiva

Endocardite bacteriana

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, mal-estar, sudorese noturna, palpitações cardíacas	lesões de Janeway (lesões maculopapulares indolores nas palmas das mãos ou nas	» hemocultura: organismos de crescimento bacteriano (comumente <i>Staphylococcus</i>)	

Incomum

Endocardite bacteriana

História	Exame	1º exame	Outros exames
	solas dos pés), sopro cardíaco, nódulos de Osler (nódulos dolorosos nas pontas dos dedos), manchas de Roth (lesões hemorrágicas na retina)	aureus, Enterococcus, Streptococcus bovis, Streptococcus viridans, HACEK [espécies de Haemophilus, Actinobacillus actinomycetemcomitans, Cardiobacterium hominis, Eikenella corrodens, espécies de Kingella]) Deve-se obter múltiplas hemoculturas, idealmente antes do início da antibioticoterapia.	»ecocardiografia: detecção de vegetações, disfunção valvar, extensão perivalvar Recomendado pela American Heart Association em todos os casos com suspeita de endocardite infecciosa. Embora geralmente prefira-se a ecocardiografia transesofágica, a ecocardiografia transtorácica também é razoável.

Alergia alimentar

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de alergia alimentar; início rápido, erupção de urticária minutos a horas após a exposição	podem se seguir erupção de urticária, edema generalizado e comprometimento das vias aéreas; hipotensão e taquicardia	»nenhuma: diagnóstico clínico	»teste de hipersensibilidade imediata por punção cutânea ("prick test"): positivo; pápulas maiores que o controle (histamina),

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Dec 11, 2018.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em bestpractice.bmjjournals.com. A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exonerização de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

Incomum

🚩 Alergia alimentar

História	Exame	1º exame	Outros exames
	geralmente estão presentes		<p>geralmente com diâmetro >5 mm</p> <p>Os alérgenos selecionados para o teste são determinados pela história clínica.</p> <p>» exame radioalergoadsorvente (RAST): >0.35 U/L Mede a IgE específica do alérgeno no soro humano.</p>

🚩 Leucemia

História	Exame	1º exame	Outros exames
febre, calafrios, fadiga, fraqueza, infecção, anorexia, sudorese noturna, dispneia, sensibilidade óssea, epistaxe, hematomas, sangramento gengival, hiperplasia gengival	rash petequial; febre, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, palidez, sangramento gengival	» hemograma completo com diferencial com revisão de esfregaço periférico : contagem de leucócitos elevada, anemia, neutropenia, trombocitose; ≥20% blastos	» biópsia da medula óssea : ≥20% de blastos

🚩 Trombocitopenia imune

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente início rápido de sangramento, às vezes pós-viral ou pós-imunização	petequias, equimoses, hemorragias na mucosa bucal, ausência de linfadenopatia ou organomegalia	» Hemograma completo com diferencial : trombocitopenia isolada	» tempo de protrombina sérica, tempo de tromboplastina parcial ativada e fibrinogênio : normal

🚩 Doença de Kawasaki

História	Exame	1º exame	Outros exames
geralmente, crianças de <5 anos de idade,	febre, linfadenopatia cervical, hiperemia	» velocidade de hemossedimentação	

Incomum**🚩 Doença de Kawasaki**

História	Exame	1º exame	Outros exames
inverno ao fim da primavera, febre por 5 dias	conjuntival, hiperemia oral, língua em morango, eritema e edema nos membros com rash descamativo nas palmas das mãos e nas solas dos pés; exantema maculopapular no tronco, ocasionalmente eritema perineal acentuado e descamação; achados multissistêmicos variáveis	(VHS)/proteína C-reativa: elevado » Hemograma completo : anemia, contagem de leucócitos elevada, trombocitose » ecocardiografia : pode mostrar vasos coronários dilatados	

🚩 Artrite juvenil

História	Exame	1º exame	Outros exames
febres periódicas transitórias associadas ao início rápido do rash; o rash desaparece à medida que a febre diminui; dor nas articulações e mialgia comumente estão presentes	febre, rash eritematoso temporário predominando no tronco e locais de pressão; sensibilidade nas articulações (por exemplo, joelhos, tornozelos)	» Hemograma completo : leucocitose, anemia, trombocitose » VHS/proteína C-reativa : elevado	» fator reumatoide sérico : normal ou elevado

🚩 Púrpura de Henoch-Schönlein

História	Exame	1º exame	Outros exames
história de doença do trato respiratório superior (DTRS); dor abdominal; dor nas articulações, artralgia	tétrade de lesões purpúreas ou petequiais (geralmente nos membros inferiores), dor abdominal, artrite/ artralgia e nefropatia por imunoglobulina A (IgA).	» urinálise : pode mostrar eritrócitos, proteinúria ou cilindros » creatinina sérica : pode estar elevada se houver disfunção ou insuficiência renal	» biópsia de pele : vasculite leucocitoclástica e deposição de imunoglobulina A (IgA)

Incomum

Lúpus eritematoso sistêmico

História	Exame	1º exame	Outros exames
rash malar (asa de borboleta), febre, fadiga, infecção recorrente, artralgias, mal-estar, dor torácica	rash malar, rash discoide, rash fotossensível, febre, artrite, serosite (pleurite ou pericardite), hipertensão, edema, hepatomegalia, esplenomegalia, linfadenopatia	<ul style="list-style-type: none"> » Hemograma completo: anemia, leucopenia, trombocitopenia » fator antinuclear, ácido desoxirribonucleico (DNA) de fita dupla, antígeno Smith: positiva » urinálise: hematúria, cilindros (eritrócitos, granulares, tubulares ou mistos) ou proteinúria 	

Febre reumática

História	Exame	1º exame	Outros exames
erupção cutânea; febre prolongada, história de faringite, dores nas articulações, dor torácica, dispneia, movimentos involuntários	eritema marginado (rash róseo temporário geralmente comprometendo o tronco e braços e pernas proximais), artrite (geralmente migratória e envolvendo as grandes articulações), nódulos subcutâneos (geralmente firmes e indolores), sopro, atrito pericárdico, coreia de Sydenham	<ul style="list-style-type: none"> » teste rápido de antígeno estreptocócico ou cultura faríngea: teste rápido positivo ou crescimento de estreptococos betahemolíticos do grupo A na cultura » título de anticorpos estreptocócicos: elevado ou aumentando nas medições seriadas » VHS/proteína C-reativa: elevado » eletrocardiograma (ECG): intervalo PR prolongado, bloqueio atrioventricular » radiografia torácica: cardiomegalia 	<ul style="list-style-type: none"> » ecocardiografia: evidência de cardite, defeitos valvares

Incomum**Sarcoidose**

História	Exame	1º exame	Outros exames
tosse, fadiga, artralgias, sibilância, fotofobia, olho vermelho, visão turva, perda de peso, cefaleia	eritema nodoso; múltiplas pápulas dispersas (mais comumente no rosto, mas pode afetar qualquer local) ou placas maiores (muitas vezes são múltiplas com distribuição simétrica), lúpus pérnio (placas endurecidas com descoloração do nariz, bochechas, lábios e orelhas); perda de peso, linfadenopatia, uveíte	» radiografia torácica: linfadenopatia hilar	» biópsia da pele ou dos linfonodos: granuloma epiteliode não caseoso

Diretrizes de diagnóstico**Europa****Viral exanths**

Publicado por: Primary Care Dermatology Society (UK)
Última publicação em: 2018

Health protection in schools and other childcare facilities

Publicado por: Public Health England
Última publicação em: 2018

British Association of Dermatologists' guidelines for the management of contact dermatitis 2017

Publicado por: British Association of Dermatologists
Última publicação em: 2017

Europa

Fever in under 5s: assessment and initial management

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence
Última publicação em: 2017

Meningitis (bacterial) and meningococcal septicaemia in under 16s: recognition, diagnosis and management

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence
Última publicação em: 2015

Recursos online

1. American Academy of Pediatrics: allergy and anaphylaxis emergency plan (*external link*)

Artigos principais

- Drago F, Ciccarese G, Gasparini G, et al. Contemporary infectious exanthems: an update. Future Microbiol. 2017 Feb;12:171-93. [Texto completo](#)
- McFee RB. Tick borne illness - Rocky mountain spotted fever. Dis Mon. 2018 May;64(5):185-94.
- Waldman R, Whitaker-Worth D, Grant-Kels JM. Cutaneous adverse drug reactions: kids are not just little people. Clin Dermatol. 2017 Nov - Dec;35(6):566-82.
- National Institute for Health and Care Excellence. Fever in under 5s: assessment and initial management. August 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)

Referências

1. van Lier A, Smits G, Mollema L, et al. Varicella zoster virus infection occurs at a relatively young age in The Netherlands. Vaccine. 2013 Oct 17;31(44):5127-33.
2. Chovel-Sella A, Ben Tov A, Lahav E, et al. Incidence of rash after amoxicillin treatment in children with infectious mononucleosis. Pediatrics. 2013 May;131(5):e1424-7.
3. Drago F, Ciccarese G, Gasparini G, et al. Contemporary infectious exanthems: an update. Future Microbiol. 2017 Feb;12:171-93. [Texto completo](#)
4. Treadwell PA. Papulosquamous disorders: atopic dermatitis, psoriasis, seborrheic dermatitis, and nickel contact dermatitis. Adolesc Med State Art Rev. 2011 Apr;22(1):157-68.
5. Clark GW, Pope SM, Jaboori KA. Diagnosis and treatment of seborrheic dermatitis. Am Fam Physician. 2015 Feb 1;91(3):185-90. [Texto completo](#)
6. Milingou M, Tagka A, Armenaka M, et al. Patch tests in children: a review of 13 years of experience in comparison with previous data. Pediatr Dermatol. 2010 May-Jun;27(3):255-9.
7. Johnston GA, Exton LS, Mohd Mustapa MF, et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of contact dermatitis 2017. Br J Dermatol. 2017 Feb;176(2):317-29.
8. Marji JS, Marcus R, Moennich J, et al. Use of biologic agents in pediatric psoriasis. J Drugs Dermatol. 2010 Aug;9(8):975-86.
9. Zawar V. Unilateral pityriasis rosea in a child. J Dermatol Case Rep. 2010 Dec 31;4(4):54-6. [Texto completo](#)
10. Hay RJ, Steer AC, Engelman D, et al. Scabies in the developing world - its prevalence, complications, and management. Clin Microbiol Infect. 2012 Apr;18(4):313-23.

11. Usatine RP, Sandy N. Dermatologic emergencies. Am Fam Physician. 2010 Oct 1;82(7):773-80. [Texto completo](#)
12. McFee RB. Tick borne illness - Rocky mountain spotted fever. Dis Mon. 2018 May;64(5):185-94.
13. National Institute for Health and Care Excellence. Lyme disease. October 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
14. Heinzerling LM, Tomsitz D, Anliker MD. Is drug allergy less prevalent than previously assumed? A 5-year analysis. Br J Dermatol. 2012 Jan;166(1):107-14.
15. Waldman R, Whitaker-Worth D, Grant-Kels JM. Cutaneous adverse drug reactions: kids are not just little people. Clin Dermatol. 2017 Nov - Dec;35(6):566-82.
16. Belum VR, Benhuri B, Postow MA, et al. Characterisation and management of dermatologic adverse events to agents targeting the PD-1 receptor. Eur J Cancer. 2016 Jun;60:12-25. [Texto completo](#)
17. Miliszewski MA, Kirchhof MG, Sikora S, et al. Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis: an analysis of triggers and implications for improving prevention. Am J Med. 2016 Nov;129(11):1221-5.
18. Bauer KA, Brimhall AK, Chang TT. Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) associated with azithromycin in acute Epstein-Barr virus infection. Pediatr Dermatol. 2011 Nov-Dec;28(6):741-3.
19. Husain Z, Reddy BY, Schwartz RA. DRESS syndrome: part I. Clinical perspectives. J Am Acad Dermatol. 2013 May;68(5):693.e1-14; quiz 706-8.
20. Baltimore RS, Gewitz M, Baddour LM, et al; American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young and the Council on Cardiovascular and Stroke Nursing. Infective endocarditis in childhood: 2015 update: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2015 Oct 13;132(15):1487-515. [Texto completo](#)
21. Brewer JD, Hundley MD, Meves A, et al. Staphylococcal scalded skin syndrome and toxic shock syndrome after tooth extraction. J Am Acad Dermatol. 2008 Aug;59(2):342-6.
22. Najib U, Sheikh J. An update on acute and chronic urticaria for the primary care provider. Postgrad Med. 2009 Jan;121(1):141-51.
23. Chafen JJ, Newberry SJ, Riedl MA, et al. Diagnosing and managing common food allergies: a systematic review. JAMA. 2010 May 12;303(18):1848-56.
24. Teachey DT, Lambert MP. Diagnosis and management of autoimmune cytopenias in childhood. Pediatr Clin North Am. 2013 Dec;60(6):1489-511.
25. Rashtak S, Pittelkow MR. Skin involvement in systemic autoimmune diseases. Curr Dir Autoimmun. 2008;10:344-58.

26. Hornor G. Medical evaluation for child physical abuse: what the PNP needs to know. *J Pediatr Health Care.* 2012 May-Jun;26(3):163-70; quiz 171-3.
27. Dinakar C. Anaphylaxis in children: current understanding and key issues in diagnosis and treatment. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2012 Dec;12(6):641-9. [Texto completo](#)
28. Sicherer SH, Simons FER. Epinephrine for first-aid management of anaphylaxis. *Pediatrics.* 2017 Mar;139(3).
29. Wang J, Sicherer SH. Guidance on completing a written allergy and anaphylaxis emergency plan. *Pediatrics.* 2017 Mar;139(3).
30. Meningitis Research Foundation. Meningococcal meningitis and sepsis: guidance notes. 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
31. Heckenberg SG, Brouwer MC, van de Beek D, et al. Bacterial meningitis. *Handb Clin Neurol.* 2014;121:1361-75.
32. National Institute for Health and Care Excellence. Meningitis (bacterial) and meningococcal septicaemia in under 16s: recognition, diagnosis and management. February 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)
33. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, et al. Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012. *Crit Care Med.* 2013 Feb;41(2):580-637.
34. Mirakian R, Ewan PW, Durham SR, et al. BSACI guidelines for the management of drug allergy. *Clin Exp Allergy.* 2009 Jan;39(1):43-61.
35. Elzagallaai AA, Knowles SR, Rieder MJ, et al. Patch testing for the diagnosis of anticonvulsant hypersensitivity syndrome: a systematic review. *Drug Saf.* 2009;32(5):391-408.
36. Shi YW, Min FL, Zhou D, et al. HLA-A*24:02 as a common risk factor for antiepileptic drug-induced cutaneous adverse reactions. *Neurology.* 2017 Jun 6;88(23):2183-91. [Texto completo](#)
37. Saito M, Yagi M, Uno K, et al. Comparative study of the usefulness of the drug-induced lymphocyte stimulation test and the leukocyte migration test in drug allergies. *Biol Pharm Bull.* 2008 Feb;31(2):299-304. [Texto completo](#)
38. Webb R, Voss L, Roberts S, et al. Infective endocarditis in New Zealand children 1994-2012. *Pediatr Infect Dis J.* 2014 May;33(5):437-42.
39. Webb RH, Grant C, Harnden A. Acute rheumatic fever. *BMJ.* 2015 Jul 14;351:h3443.
40. Miyake CY, Gauvreau K, Tani LY, et al. Characteristics of children discharged from hospitals in the United States in 2000 with the diagnosis of acute rheumatic fever. *Pediatrics.* 2007 Sep;120(3):503-8.
41. Mathur AN, Mathes EF. Urticaria mimickers in children. *Dermatol Ther.* 2013 Nov-Dec;26(6):467-75.

42. Tabel Y, Inanc FC, Dogan DG, et al. Clinical features of children with Henoch-Schonlein purpura: risk factors associated with renal involvement. *Iran J Kidney Dis.* 2012 Jul;6(4):269-74.
43. Kellogg ND; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics.* 2007 Jun;119(6):1232-41. [Texto completo](#)
44. Jamieson N, Singh-Grewal D. Kawasaki disease: a clinician's update. *Int J Pediatr.* 2013;2013:645391. [Texto completo](#)
45. National Institute for Health and Care Excellence. Fever in under 5s: assessment and initial management. August 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
46. American Academy of Pediatrics. Lyme disease. In Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, et al, eds. Red book: 2015 report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015:516-525.
47. Baker AL, Newburger JW. Cardiology patient page: Kawasaki disease. *Circulation.* 2008 Aug 12;118(7):e110-2. [Texto completo](#)
48. Van den Bruel A, Haj-Hassan T, Thompson M, et al. Diagnostic value of clinical features at presentation to identify serious infection in children in developed countries: a systematic review. *Lancet.* 2010 Mar 6;375(9717):834-45.
49. Pite H, Wedi B, Borrego LM, et al. Management of childhood urticaria: current knowledge and practical recommendations. *Acta Derm Venereol.* 2013 Sep 4;93(5):500-8. [Texto completo](#)
50. Lipozencic J, Wolf R. The diagnostic value of atopy patch testing and prick testing in atopic dermatitis: facts and controversies. *Clin Dermatol.* 2010 Jan-Feb;28(1):38-44.

Imagens



Figura 1: Síndrome de Stevens-Johnson: lesões-alvo e perda epidérmica

Do acervo pessoal do Dr. A. Kowal-Vern



Figura 2: Síndrome de Stevens-Johnson: perda epidérmica nas solas dos pés

Do acervo pessoal do Dr. A. Kowal-Vern



Figura 3: Necrólise epidérmica tóxica com perda epidérmica, envolvimento ocular e ectima gangrenoso

Do acervo pessoal do Dr. A. Kowal-Vern



Figura 4: Erupção cutânea petequial na doença meningocócica invasiva.

Thomas AE, et al. BMJ. 2016 Mar 22;352:i1285



Figura 5: Rash e edema subcutâneo na mão direita devidos a síndrome do choque tóxico

Dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e da Public Health Image Library



Figura 6: Descamação acentuada da palma da mão esquerda, devida à síndrome do choque tóxico, que se desenvolve tardiamente na doença



Figura 7: Lesões de Janeway

Do acervo de Sanjay Sharma, St George's University of London, Reino Unido; usado com permissão



IMAGES

Figura 8: Nódulo de Osler

Do acervo de Sanjay Sharma, St George's University of London, Reino Unido; usado com permissão

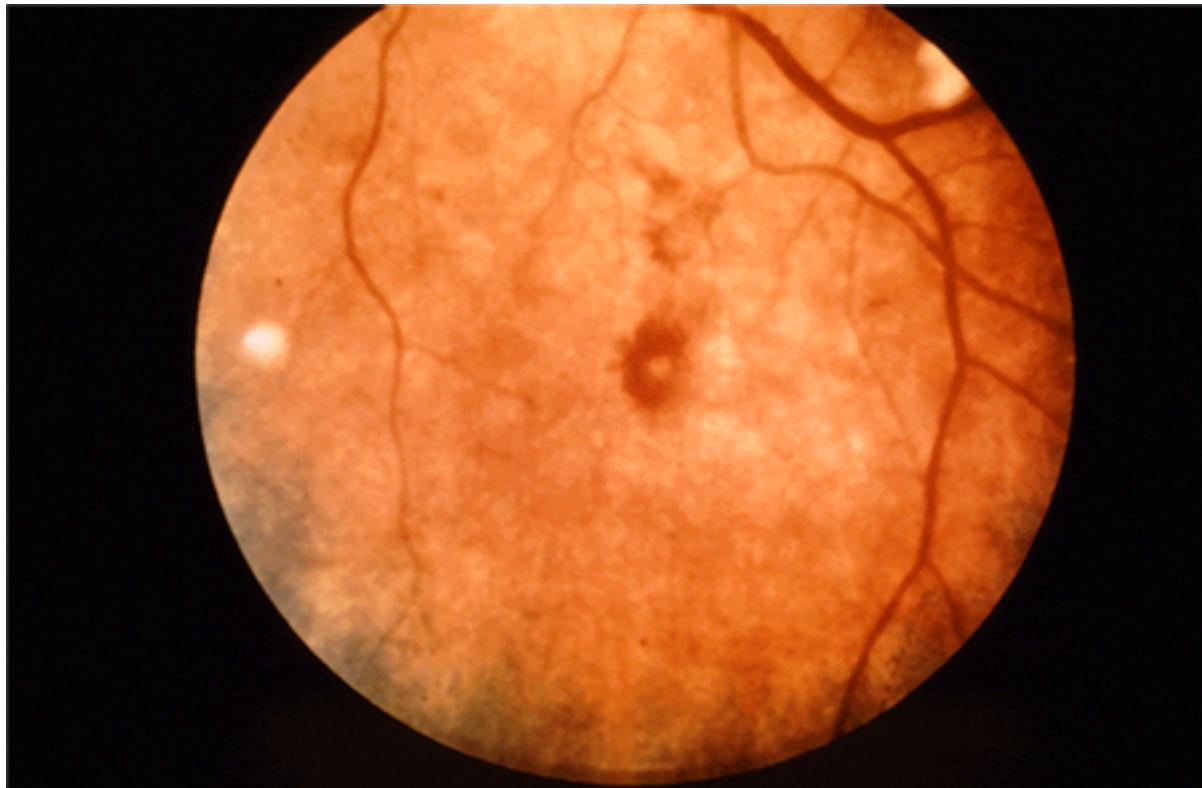


Figura 9: Manchas de Roth

Do acervo de Sanjay Sharma, St George's University of London, Reino Unido; usado com permissão



Figura 10: Aparência típica de um eritema marginado nas costas de uma criança com febre reumática aguda

Cortesia do Professor Mike South, Royal Children's Hospital Melbourne; usado com permissão



Figura 11: Púrpura palpável nos membros inferiores de uma criança com púrpura de Henoch-Schönlein

Cortesia de Paul F. Roberts, Mayo Clinic, Jacksonville, FL



Figura 12: Púrpura de Henoch-Schönlein: a púrpura afeta principalmente as pernas, até os músculos glúteos, inflamando as articulações do tornozelo e joelho, mas também pode afetar os braços e o cotovelo

De Wikimedia Commons



Figura 13: Rash devido a hipersensibilidade à penicilina

CDC Public Health Image Library



Figura 14: A erupção cutânea por escarlatina aparece primeiro na forma de pequenas saliências avermelhadas no tórax e no abdome que podem se disseminar por todo o corpo; parecendo queimadura de sol, a pele parece um pedaço áspero de lixa e as erupções cutâneas duram cerca de 2 a 5 dias

CDC Public Health Image Library



Figura 15: Eritema migratório na doença de Lyme

Cortesia de Christian Speil, Southern Illinois University School of Medicine, Springfield, IL



Figura 16: Criança com sarampo apresentando rash com manchas vermelhas características nas nádegas e nas costas no terceiro dia do rash

CDC



Figura 17: Manchas de Koplik

CDC

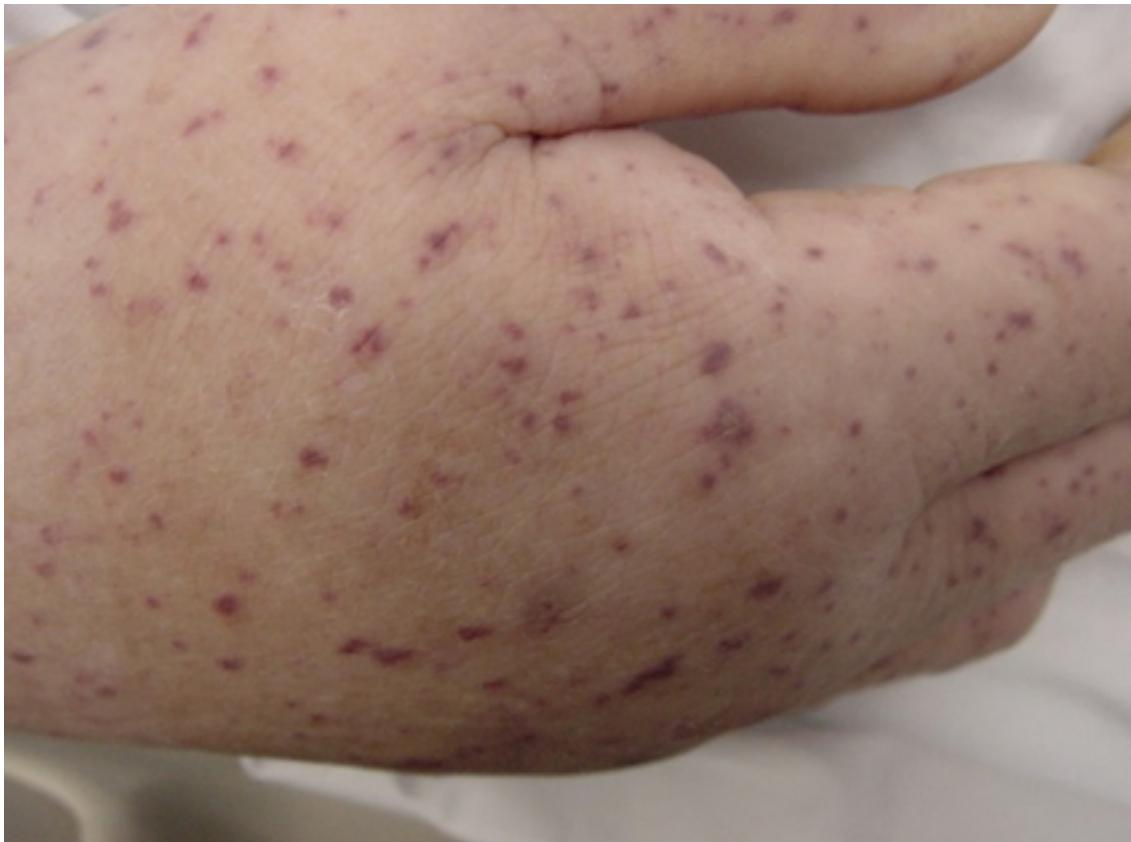


Figura 18: Exantema maculopapular e petequial da febre maculosa das Montanhas Rochosas

Do acervo do Dr. Christopher A. Ohl



Figura 19: Bochechas esbofeteadas eritematosas típicas do eritema infeccioso

Cortesia de Gary A. Dyer



Figura 20: Lesões de varicela em um garoto jovem

CDC/J.D. Millar and the Public Health Image Library



IMAGES

Figura 21: Neonato com sintomas de sífilis congênita que incluíam lesões nas solas de ambos os pés

CDC: PHIL image ID 4148



Figura 22: medalhão

Cortesia de Patricia Treadwell, Riley Hospital for Children, Indianapolis



Figura 23: Dermatite atópica aguda na fossa antecubital de uma menina de 9 anos de idade

Cortesia de Christina M. Gelbard, University of Texas, Houston, TX



Figura 24: Erupção cutânea inflamatória maculopapular no abdome devido a escabiose. É importante observar como essa erupção cutânea parece com muitos outros surtos, incluindo sarampo e varicela.

CDC/ Joe Miller



Figura 25: Impetigo facial

Cortesia de Michael Freeman, Bond University, Queensland, Austrália

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contra-indicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contra-indicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Deve-se verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ
BMA House
Tavistock Square
London
WC1H 9JR
UK

Colaboradores:

// Autores:

Patricia Treadwell, MD

Professor Emeritus of Pediatrics and Dermatology

Indiana University School of Medicine, Riley Hospital for Children, Indianapolis, IN

DIVULGAÇÕES: PT declares that her spouse owns stocks in Eli Lilly and Company.

// Colegas revisores:

Nanette Silverberg, MD

Clinical Professor of Dermatology

Columbia University College of Physicians and Surgeons, New York City, NY

DIVULGAÇÕES: NS declares that she has no competing interests.

Hugo van Bever, MD, PhD

Professor in Pediatrics

Department of Pediatrics, National University Hospital, Singapore

DIVULGAÇÕES: HVB declares that he has no competing interests.

Linda Nield, MD, FAAP

Associate Professor of Pediatrics

West Virginia University School of Medicine, Morgantown, WV

DIVULGAÇÕES: LN is an author of a reference cited in this topic.