

BMJ Best Practice

Doença mão-pé-boca

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	4
Prevenção	6
Prevenção primária	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	13
Diagnóstico diferencial	13
Tratamento	15
Abordagem passo a passo do tratamento	15
Visão geral do tratamento	15
Opções de tratamento	16
Acompanhamento	18
Recomendações	18
Complicações	18
Prognóstico	19
Diretrizes	21
Diretrizes de tratamento	21
Recursos online	22
Referências	23
Imagens	26
Aviso legal	28

Resumo

- ◇ O diagnóstico geralmente é clínico, com base em uma história típica e quadro clínico característico.
- ◇ A infecção geralmente é autolimitada, com remissão em 10 a 14 dias, e o tratamento é sobretudo de suporte.
- ◇ Em países do leste e do sudeste asiático, o enterovírus 71 (EV71) é responsável por uma forma mais grave da doença com complicações mais sérias; no entanto, isso é incomum nos EUA e na Europa.

Definição

Infecção viral comum na infância, mais comumente causada por um vírus coxsackie, caracterizada por febre baixa, úlceras orais dolorosas e vesículas nas palmas das mãos e nas solas dos pés. A doença não tem relação com a febre aftosa, que afeta o gado e outros animais com casco fendido.

Epidemiologia

A infecção geralmente ocorre como evento esporádico, mas ocorrem surtos no mundo todo. A infecção por vírus coxsackie é extremamente contagiosa. Ela afeta igualmente homens e mulheres, e é mais comum em crianças <10 anos de idade. No entanto, pode ocorrer infecção em crianças mais velhas, adolescentes e adultos. Epidemias devidas a cepas mais virulentas do enterovírus 71 ocorreram com mais frequência em países do leste e do sudeste asiáticos, como Taiwan e Malásia. Elas resultaram em casos graves, com significativa morbidade e mortalidade associadas.[\[9\]](#) [\[10\]](#) [\[11\]](#) [\[12\]](#) [\[13\]](#) [\[14\]](#)

Etiologia

Os vírus mais comuns implicados são um grupo de enterovírus conhecidos como vírus Coxsackie. Infecção por coxsackie A16 é a causa mais comum, mas também ocorrem infecções por A4 a A7, A9 e 10.[\[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#) [\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[6\]](#) Enterovírus 71 (EV71) também causa essa doença, mas em uma forma mais grave.[\[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#) [\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[6\]](#) [\[7\]](#) [\[8\]](#) [\[9\]](#) [\[10\]](#) [\[11\]](#) No entanto, a infecção pelo EV71 é incomum nos EUA e na Europa. Os enterovírus são vírus icosaédricos não envelopados com aproximadamente 30 nanômetros de diâmetro. O genoma é feito de uma molécula linear de ácido ribonucleico (RNA) de fita simples. Os enterovírus resistem aos solventes lipídicos e toleram uma ampla variedade de pHs e temperaturas. Eles são inativados em temperatura de >50 °C (>122 °F), mas continuam infecciosos em temperaturas de refrigeração.

Fisiopatologia

A infecção ocorre quando uma pessoa suscetível é exposta ao vírus por meio de contato direto com secreções do nariz e da garganta, saliva, fluido vesicular ou material fecal de uma pessoa infectada. O vírus pode persistir no material fecal por até 1 mês. Após o contato, o vírus se alastra para os linfonodos regionais dentro de 24 horas e a viremia se segue rapidamente, com disseminação do vírus para a mucosa oral e pele, causando a erupção cutânea vesicular. O período de incubação é de 4 a 7 dias; no entanto, pode haver um período prodromico de 3 a 4 dias. As lesões da boca cicatrizam em até 1 semana, e as lesões nas mãos e pés podem durar até 10 dias.[\[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#) [\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[6\]](#) [\[7\]](#) [\[8\]](#) [\[9\]](#)

Classificação

Classificação viral

A doença de mão, pé e boca se deve à infecção por alguns enterovírus. Os vírus mais comuns implicados são os vírus Coxsackie. Infecção pelo vírus coxsackie A16 é a causa mais comum, mas também ocorrem as infecções por A4 a A7, A9 e A10.[\[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#) [\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[6\]](#)

Enterovírus 71 (EV71) também causa essa doença, mas em uma forma mais grave.[\[1\]](#) [\[2\]](#) [\[3\]](#) [\[4\]](#) [\[5\]](#) [\[6\]](#) [\[7\]](#) [\[8\]](#) [\[9\]](#) [\[10\]](#) [\[11\]](#) [\[12\]](#)

Os enterovírus pertencem à família de vírus Picornaviridae, que inclui os polivírus, os vírus Cocksackie (grupos A e B) e os ecovírus. Os enterovírus identificados mais recentemente ainda não foram incluídos na classificação original e receberam a alocação de números (isto é, sorotipos 68 a 71).

Prevenção primária

O risco de infecção pode ser reduzido através de práticas de boa higiene. Os pacientes e seus pais ou cuidadores devem prestar mais atenção ao lavar as mãos antes e depois de atividades como cuidados pessoais e preparação de alimentos. Itens e superfícies contaminados com fluidos corporais devem ser limpos com água sanitária diluída. Como a doença é altamente contagiosa, as pessoas com a enfermidade devem limitar sua exposição a outras pessoas enquanto os sinais e sintomas estiverem ativos. A doença é mais contagiosa durante a primeira semana da enfermidade, mas o vírus pode ser disseminado mesmo depois que os sinais e sintomas desaparecerem, pois ele persiste no material fecal por até 1 mês. [CDC: [hand, foot, and mouth disease](#)] Vacina já está disponível em partes da Ásia onde se acredita que a doença seja causada por enterovírus 71 (EV71) e possa ocasionar epidemias.[15] [16] [17]

Prevenção secundária

As práticas de boa higiene irão ajudar a evitar a disseminação da infecção. Em surtos ocorridos em ambientes institucionais, isso é ainda mais importante. Itens e superfícies que podem ter sido contaminados com fluidos corporais, como saliva, fluido vesicular ou fezes devem ser lavados e desinfetados com uma solução diluída de alvejante contendo cloro.

Como regra geral, as pessoas infectadas devem se manter longe de lugares públicos. No entanto, não existem diretrizes específicas sobre se as crianças devem continuar frequentando o jardim de infância, a escola ou demais ambientes de grupo. A disseminação da infecção pode ser reduzida se a criança for mantida em casa durante os primeiros dias da enfermidade, quando tiver vesículas na boca e sialorreia, ou se tiver lesões gotejantes nas mãos. No entanto, isso não irá evitar a disseminação da infecção, já que o vírus ainda pode ser excretado por semanas após o final dos sintomas. [CDC: [hand, foot, and mouth disease](#)]

Caso clínico

Caso clínico #1

Um garoto de 5 anos de idade chega com história de 3 dias de mal-estar e febre baixa. Nas últimas 24 horas, ele vinha se queixando de uma ferida na boca, e desenvolveu vesículas nas mãos e pés. Ele estava bem antes dessa enfermidade, e não existem outros sintomas. Todos os demais membros da família estão bem. No exame, sua temperatura era de 37.6 °C (99.6 °F) e ele apresentava várias úlceras orais pequenas e vesículas ovais pequenas com base eritematosa nas palmas das mãos.

Outras apresentações

Também pode apresentar somente lesões orais, sem-febre. Outros sintomas podem incluir dor abdominal e diarreia, sintomas respiratórios superiores, sintomas como faringite e tosse, cefaleia, perda de apetite, artralgias e irritabilidade.

Em países do leste e do sudeste asiáticos, como Taiwan e Malásia, o enterovírus 71 (EV71) causou uma enfermidade mais grave, com complicações que incluem meningite asséptica, encefalite, encefalomielite, edema pulmonar, hemorragia pulmonar, miocardite e síndrome pólio-simile. Pode ocorrer morte em alguns pacientes (8% em um surto).^{[4] [5] [9] [10] [11] [12]} Os pacientes também podem apresentar os sintomas dessas complicações, mas a infecção por EV71 é incomum nos EUA e na Europa.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Essa é uma doença leve que causa somente poucos dias de febre, sinais e sintomas relativamente leves. O diagnóstico geralmente é clínico, com base em uma história típica e quadro clínico característico. Exames laboratoriais não são geralmente necessários a menos que a exposição ao enterovírus 71 (EV71) seja uma possibilidade. O EV71 causa uma doença mais grave e requer uma maior vigilância a fim de detectar complicações precocemente.

História

Na maioria dos casos, o paciente tem <10 anos de idade e apresenta um início súbito de febre baixa, perda de apetite, faringite, tosse, dor abdominal, diarreia e mal-estar geral. Artralgia ocorre ocasionalmente. Esse período prodromico pode durar de 3 a 4 dias e geralmente é seguido por feridas na mucosa oral. Pode haver erupções cutâneas nas palmas das mãos, solas dos pés e nádegas dentro de 1 ou 2 dias. A doença pode causar todos os sinais e sintomas acima ou apenas alguns deles.

Exame físico

A orofaringe fica inflamada, com pápulas dispersas, máculas, vesículas ou úlceras de base eritematosa presentes na língua, faringe, mucosa bucal, gengiva e ocasionalmente nos lábios. Se a criança se apresentar tardiamente, somente ulcerações amareladas serão observadas, já que as vesículas tendem a se romper rapidamente. As úlceras têm de 4 a 8 mm, podendo ter as bordas acentuadas. As lesões geralmente não envolvem o palato mole, e não é comum haver ulceração generalizada na boca. Também pode ocorrer eritema e edema na língua.

Geralmente, há uma erupção cutânea de extremidades envolvendo as palmas das mãos e as solas dos pés, com pequenas vesicopústulas branco-acinzentadas ovais ou lineares. As vesículas são flácidas e de parede fina, com um halo eritematoso. Ocasionalmente, elas podem ser dolorosas ou pruriginosas. Elas tendem a ulcerar e a criar crostas. As lesões saram dentro de 1 semana. Pode-se observar um exantema maculopapular em lactentes e crianças pequenas, mas ele geralmente não é ulcerativo.[6] [7] [8] Crianças mais jovens tendem a apresentar o quadro clínico completo, enquanto crianças mais velhas podem ter somente as lesões orais ou as lesões de extremidades.



Doença de mão, pé e boca. Erupção cutânea ao redor da boca de uma criança de 1 ano com doença de mão, pé e boca (DMPB). A DMPB é causada por vírus intestinais da família picornaviridae. As cepas mais comuns que causam DMPB são o vírus coxsackie A16 e o enterovírus 71 (EF-71).

Dr P. Marazzi/Science Photo Library



Doença de mão, pé e boca. Detalhe das bolhas (vesículas) na mão de um menino de 3 anos com doença de mão, pé e boca (DMPB). A DMPB é causada por vírus intestinais da família picornaviridae. As cepas mais comuns que causam DMPB são o vírus coxsackie A16 e o enterovírus 71 (EV-71).

Dr P. Marazzi/Science Photo Library

Na infecção por EV71, a erupção cutânea pode ser mais papular, com petéquias. Áreas difusas de eritema podem ser observadas no tronco e nos membros. Além disso, vômitos e febre alta de $>39^{\circ}\text{C}$ ($>102.2^{\circ}\text{F}$) com duração de >3 dias são mais comuns, acompanhados por cefaleia e irritabilidade. A infecção por este vírus é mais grave, com uma frequência significativamente maior de complicações graves e fatalidade.[9] [10] [11] [12]

Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais podem ser necessários e úteis se a exposição ao EV71 for uma possibilidade, como em caso de viagem recente para países do leste ou do sudeste asiático. Para identificar o vírus causador, cultura fecal ou de fluido vesicular são preferíveis, embora também seja possível utilizar um swab da garganta. O ensaio molecular por reação em cadeia da polimerase pode distinguir rapidamente entre o vírus coxsackie A16 e o enterovírus 71, mas ele não está amplamente disponível. O hemograma completo não é uma necessidade de rotina, mas caso seja realizado, irá revelar uma contagem leucocitária elevada e linfócitos atípicos.

Fatores de risco

Fortes

imunossupressão

- Crianças imunocomprometidas ou crianças submetidas a tratamento imunossupressor são mais propensas a infecções.

idade <10 anos

- Crianças <10 anos de idade são mais comumente afetadas.

contatos na família ou na escola com infecção

- A infecção é disseminada por meio de contato direto com secreções do nariz e da garganta, saliva, fluido vesicular ou material fecal de uma pessoa infectada. O vírus pode persistir no material fecal por até 1 mês.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os fatores de risco incluem imunossupressão, crianças <10 anos de idade e contatos infectados na família ou na escola.

febre baixa (comum)

- A febre geralmente é de <38.5 °C (<101.3 °F).

vesículas e úlceras orais (comum)

- A orofaringe fica inflamada, com pápulas dispersas, máculas ou vesículas ou, mais comumente, aparecem úlceras amareladas de base eritematosa na língua, faringe, mucosa bucal, gengiva e ocasionalmente nos lábios. As lesões saram dentro de 1 semana.



Doença de mão, pé e boca. Erupção cutânea ao redor da boca de uma criança de 1 ano com doença de mão, pé e boca (DMPB). A DMPB é causada por vírus intestinais da família picornaviridae. As cepas mais comuns que causam DMPB são o vírus coxsackie A16 e o enterovírus 71 (EF-71).

Dr P. Marazzi/Science Photo Library

erupção cutânea e/ou vesículas nas mãos e pés (comum)

- A erupção cutânea consiste em pequenas vesicopústulas branco-acinzentadas ovais ou lineares. As vesículas são flácidas e de parede fina, com um halo eritematoso. Ocasionalmente, elas podem ser dolorosas ou pruriginosas. Elas tendem a ulcerar e a criar crostas. As lesões podem durar até 10 dias.



Doença de mão, pé e boca. Detalhe das bolhas (vesículas) na mão de um menino de 3 anos com doença de mão, pé e boca (DMPB). A DMPB é causada por vírus intestinais da família picornaviridae. As cepas mais comuns que causam DMPB são o vírus coxsackie A16 e o enterovírus 71 (EF-71).

Dr P. Marazzi/Science Photo Library

Outros fatores de diagnóstico

mal-estar (comum)

- O paciente pode apresentar mal-estar generalizado.

ferida na boca (comum)

- As lesões orais podem ser dolorosas.

perda de apetite (comum)

- Os sintomas podem incluir perda de apetite.

faringite (comum)

- O paciente pode apresentar faringite.

erupção cutânea e/ou vesículas nas nádegas (incomum)

- Pode-se observar um exantema maculopapular em lactentes e crianças pequenas, mas ele geralmente não é ulcerativo. As lesões podem durar até 10 dias.

dor abdominal (incomum)

- Os sintomas podem incluir dor abdominal.

diarreia (incomum)

- Os sintomas podem incluir diarreia.

tosse (incomum)

- Os sintomas podem incluir tosse.

eritema/edema na língua (incomum)

- Pode ocorrer eritema e edema na língua.

artralgia (incomum)

- Isso ocorre ocasionalmente.

Exames diagnóstico

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
cultura viral <ul style="list-style-type: none"> • Usado somente se a exposição ao EV71 for uma possibilidade (por exemplo, exposição no leste ou sudeste asiático). • Cultura fecal ou de fluido vesicular são preferíveis, embora também seja possível utilizar um swab da garganta. 	isolamento do enterovírus 71 (EV71)
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> • Usado somente se a exposição ao EV71 for uma possibilidade (por exemplo, exposição no leste ou sudeste asiático). 	contagem leucocitária elevada, linfócitos atípicos

Novos exames

Exame	Resultado
ensaios moleculares por reação em cadeia da polimerase <ul style="list-style-type: none"> • Pode ser usado para identificar infecções por EV71.[18] 	identificação do vírus causador (isto é, vírus Coxsackie ou EV71)

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Estomatite aftosa ou úlceras aftosas orais	<ul style="list-style-type: none"> • As úlceras são localizadas nas superfícies mucosas da boca. • A criança se sente bem, não tem febre, mal-estar ou erupção cutânea. 	<ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico é clínico.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Herpes simples	<ul style="list-style-type: none"> • Na maioria dos casos, existe febre alta, >38 °C (>100.4 °F). • Gengivite aguda e ulceração oral disseminada estão presentes. • Na pele, as vesículas são pequenas e ovais, com base eritematosa, e agrupadas. • Geralmente, não existe erupção cutânea nas palmas das mãos e nas solas dos pés, embora crianças pequenas que chupam os dedos das mãos ou dos pés também possam ter lesões em 1 ou 2 dedos.[8] 	<ul style="list-style-type: none"> • O esfregaço de Tzanck do fluido vesicular irá demonstrar células gigantes multinucleadas. • O teste de anticorpo fluorescente direto para o vírus do herpes simples também pode ser realizado. • Esses testes raramente são indicados, já que o diagnóstico geralmente pode ser feito clinicamente.
Herpangina	<ul style="list-style-type: none"> • Há a presença de linfadenopatia cervical, e pode-se observar úlceras também no palato mole. • Geralmente não ocorrem erupção cutâneas.[8] 	<ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico é clínico.
Varicela	<ul style="list-style-type: none"> • A erupção cutânea geralmente é limitada ao tronco e aos membros, e é altamente pruriginosa. A lesão clássica é uma vesícula redonda de base eritematosa que evolui para pústula.[8] 	<ul style="list-style-type: none"> • Teste de anticorpo fluorescente direto para o vírus da varicela.

Abordagem passo a passo do tratamento

A enfermidade geralmente é leve e autolimitada, e o tratamento é de suporte na maioria dos casos. Os principais objetivos são aliviar a dor e garantir que a hidratação e a nutrição sejam mantidas. A resolução das lesões geralmente ocorre dentro de 10 dias.

Cuidados de suporte

Analgésicos e antipiréticos orais simples, como paracetamol e ibuprofeno, podem ser usados para diminuir a febre e aliviar a dor. A aspirina não é recomendada para febre devido à sua associação com a síndrome de Reye. Os anestésicos tópicos (por exemplo, a lidocaína) também podem ajudar a aliviar a dor das úlceras na boca. Uma mistura de difenidramina, alumínio, magnésio, hidróxido e lidocaína viscosa, como ou sem-sucralfato (enxaguatório bucal), pode ser utilizada por via tópica para o controle sintomático da dor causada pelas úlceras; no entanto, esse produto não é patenteado, então é preciso consultar um farmacêutico para realizar tal mistura. As lesões orais podem ser dolorosas, e a hidratação oral pode ficar difícil. Para crianças com desidratação moderada a grave, pode haver a necessidade de hidratação intravenosa.

Pacientes com imunocomprometimento, infecção ou complicações pelo enterovírus 71 (EV71)

Complicações são raras. As que podem ser causadas com a infecção pelo EV71 incluem meningite asséptica, encefalite, encefalomielite, edema pulmonar, hemorragia pulmonar, miocardite, síndrome pólio-simile e morte.[9] [10] [11] [12] Tais pacientes precisarão de hospitalização e tratamento de suporte por causa de suas complicações. Em pacientes imunocomprometidos, os sintomas podem ser mais graves e prolongados, mas os resultados de um estudo de caso sugerem que a infecção responde ao aciclovir oral.[19]

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Agudo		(resumo)
todos os pacientes		
<div> <div></div> <div>com imunocomprometimento ou complicações ou infecção por enterovírus 71 (EV71)</div> </div>	1a	analgésicos e antipiréticos
	adjunto	anestésicos tópicos
	adjunto	ingestão adequada de fluidos e nutrientes
	mais	hospitalização e tratamento de suporte

Opções de tratamento

Agudo

todos os pacientes

1a analgésicos e antipiréticos

Opções primárias

» **paracetamol**: crianças <12 anos de idade: 15 mg/kg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 75 mg/kg/dia; crianças >12 anos de idade: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

OU

» **ibuprofeno**: crianças <12 anos de idade: 5-10 mg/kg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 40 mg/kg/dia; crianças >12 anos de idade: 300-400 mg a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 2400 mg/dia

» Analgésicos e antipiréticos orais simples, como paracetamol e ibuprofeno, podem ser usados para diminuir a febre e aliviar a dor.

» A aspirina não é recomendada para febre devido à sua associação com a síndrome de Reye.

adjunto anestésicos tópicos

Opções primárias

» **lidocaína tópica**: (2% em solução viscosa) aplicar na(s) área(s) afetada(s) usando um aplicador com ponta de algodão até três vezes ao dia quando necessário

» A lidocaína pode ser usada por via tópica, como tratamento inicial, para pequenas úlceras orais.

» Uma mistura de alumínio e hidróxido de magnésio, difenidramina e lidocaína viscosa, com ou sem-sucralfato, também pode ser utilizada por via tópica para o controle da dor sintomática causada pelas úlceras orais. Um farmacêutico deve ser consultado para fazer esta mistura.

» Não é adequado aplicar mistura ou elixir para gargarejo na boca de crianças pequenas; o elixir deve ser aplicado usando um aplicador com algodão na ponta.

Agudo

■ com imunocomprometimento ou complicações ou infecção por enterovírus 71 (EV71)

adjunto ingestão adequada de fluidos e nutrientes

» Manter a ingestão adequada de fluidos e nutrientes é importante, mas pode ser difícil em pacientes com úlceras orais.

» Para crianças com desidratação moderada a grave, pode haver a necessidade de hidratação intravenosa.

mais hospitalização e tratamento de suporte

» Complicações são raras. Hospitalização e tratamento de suporte para complicações podem ser necessários para estes pacientes.

» As possíveis complicações decorrentes da infecção pelo enterovírus 71 (EV71) incluem meningite asséptica, encefalite, encefalomielite, edema pulmonar, hemorragia pulmonar, miocardite, síndrome pólio-símile e morte.[9] [10] [11] [12]

» Em pacientes imunocomprometidos, os sintomas podem ser mais graves e prolongados, mas os resultados de um estudo de caso sugerem que a infecção responde ao aciclovir oral.[19]

Recomendações

Monitoramento

Instruções ao paciente

Os pacientes e seus pais ou cuidadores devem prestar mais atenção ao lavar as mãos antes e depois de atividades como cuidados pessoais e preparação de alimentos. Como a doença é altamente contagiosa, as pessoas com a enfermidade devem limitar sua exposição a outras pessoas enquanto os sinais e sintomas estiverem ativos. [\[CDC: hand, foot, and mouth disease\]](#) [\[Mayo Clinic: hand-foot-and-mouth disease\]](#)

Os pacientes devem ser informados de que certos alimentos e bebidas podem causar ardência na boca quando consumidos. Eles devem evitar alimentos e bebidas quentes, picantes, salgadas ou ácidas. Bebidas geladas, como leite ou água, tendem a aliviar.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
depleção de volume	curto prazo	média
Deve-se à ingestão reduzida de líquidos devido às úlceras orais dolorosas. Há a necessidade de uma reposição adequada de fluidos (oral ou intravenosa) de acordo com a idade e a condição clínica do paciente.		
infecção bacteriana secundária	curto prazo	média
Pacientes com eritema cutâneo difuso ou localizado e/ou febre persistente devem ser avaliados quanto a infecção e considerados para tratamento empírico com antibiótico oral.		
encefalite ou encefalomielite relacionada ao enterovírus 71 (EV71)	curto prazo	baixa
<p>A infecção por EV71 pode causar esta complicação.</p> <p>Um início agudo ou subagudo de uma enfermidade febril, estado mental alterado, anormalidades neurológicas focais e convulsões levantam suspeitas para esta condição.</p> <p>O paciente deve ser internado no hospital para tratamento sintomático e de suporte.</p>		
paralisia flácida relacionada ao EV71 (síndrome pólio-simile)	curto prazo	baixa

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<p>A infecção por EV71 pode causar esta complicação.</p> <p>O paciente sentirá fraqueza nas pernas.</p> <p>O paciente deve ser internado no hospital para tratamento sintomático e de suporte.</p>		
meningite asséptica relacionada ao EV71	curto prazo	baixa
<p>A infecção por EV71 pode causar meningite asséptica.</p> <p>A meningite viral pode causar febre, cefaleia, rigidez no pescoço ou dorsalgia.</p> <p>O paciente deve ser internado no hospital para tratamento sintomático e de suporte.</p>		
miocardite relacionada ao EV71	curto prazo	baixa
<p>A infecção por EV71 pode causar esta complicação.</p> <p>Os sintomas podem incluir dor torácica, dispneia, ortopneia, síncope, fadiga e palpitações.</p> <p>O paciente deve ser internado no hospital para tratamento sintomático e de suporte.</p>		
edema e hemorragia pulmonar relacionadas ao EV71	curto prazo	baixa
<p>A infecção por EV71 pode causar estas complicações.</p> <p>O paciente irá apresentar dispneia e dificuldade respiratória.</p> <p>O paciente deve ser internado no hospital para tratamento sintomático e de suporte.</p>		
infecção congênita por EV71	longo prazo	baixa
<p>Pode ocorrer quando uma mulher contrai infecção por EV71 durante a gestação.^[20]</p> <p>Podem ocorrer danos fetais durante a gestação, e a infecção pode estar associada a diversas anormalidades congênicas e morte.</p>		
aborto espontâneo	longo prazo	baixa
<p>Pode ocorrer quando uma mulher tem doença de mão, pé e boca causada pelo vírus coxsackie A16 durante a gestação.^[21]</p>		

Prognóstico

A recuperação espontânea sem complicações é normal; logo, geralmente não existe necessidade de acompanhamento. No entanto, a infecção por enterovírus 71, que ocorre com mais frequência em países do leste e sudeste asiáticos, causou uma doença mais grave, com taxas de morbidade e mortalidade

significativas associadas; um estudo de Taiwan descobriu que 4% dos pacientes tiveram sequelas em longo prazo, e 8% dos pacientes morreram.[10]

Diretrizes de tratamento

Europa

Health protection in schools and other childcare facilities

Publicado por: Public Health England

Última publicação em:
2018

Hand foot and mouth disease

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2016

Recursos online

1. [CDC: hand, foot, and mouth disease \(external link\)](#)
2. [Mayo Clinic: hand-foot-and-mouth disease \(external link\)](#)

Artigos principais

- Alsop J, Flewett TH, Foster JR. "Hand-foot-and-mouth disease" in Birmingham in 1959. Br Med J. 1960;2:1708-1711. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Ishimaru Y, Nakano S, Yamaoka K, et al. Outbreaks of hand, foot, and mouth disease by enterovirus 71. High incidence of complication disorders of central nervous system. Arch Dis Child. 1980;55:583-588. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Dolin R. Hand-foot-and-mouth disease. In: Freedberg I, ed. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 6th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2003:2049-2052.
- Weston WL, Lane AT, Morelli JG. Color textbook of pediatric dermatology. 3rd ed. St Louis, MO: Mosby Inc.; 2002:108-109.
- Chang LY, Tsao KC, Hsia SH, et al. Transmission and clinical features of enterovirus 71 infections in household contacts in Taiwan. JAMA. 2004;291:222-227. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Chang LY, Lin TY, Huang YC, et al. Comparison of enterovirus 71 and coxsackie-virus A16 clinical illnesses during the Taiwan enterovirus epidemic, 1998. Pediatr Infect Dis J. 1999;18:1092-1096. [Resumo](#)
- Zhu FC, Meng FY, Li JX, et al. Efficacy, safety, and immunology of an inactivated alum-adjuvant enterovirus 71 vaccine in children in China: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet. 2013;381:2024-2032. [Resumo](#)

Referências

1. Robinson CR, Doane FW, Rhodes AJ. Report of an outbreak of febrile illness with pharyngeal lesions and exanthem: Toronto, summer 1957; isolation of group A Coxsackie virus. Can Med Assoc J. 1958;79:615-621. [Texto completo](#) [Resumo](#)
2. Alsop J, Flewett TH, Foster JR. "Hand-foot-and-mouth disease" in Birmingham in 1959. Br Med J. 1960;2:1708-1711. [Texto completo](#) [Resumo](#)
3. Miller GD, Tindall JP. Hand-foot-and-mouth disease. JAMA. 1968;203:827-830. [Resumo](#)
4. Chang LY, King CC, Hsu KH, et al. Risk factors of enterovirus 71 infection and associated hand, foot, and mouth disease/herpangina in children during an epidemic in Taiwan. Pediatrics. 2002;109:e88. [Texto completo](#) [Resumo](#)
5. Ishimaru Y, Nakano S, Yamaoka K, et al. Outbreaks of hand, foot, and mouth disease by enterovirus 71. High incidence of complication disorders of central nervous system. Arch Dis Child. 1980;55:583-588. [Texto completo](#) [Resumo](#)

6. Dolin R. Hand-foot-and-mouth disease. In: Freedberg I, ed. Fitzpatrick's dermatology in general medicine. 6th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2003:2049-2052.
7. Weston WL, Lane AT, Morelli JG. Color textbook of pediatric dermatology. 3rd ed. St Louis, MO: Mosby Inc.; 2002:108-109.
8. Krafchik BR, Tellier R. Viral exanthems. In: Harper J, Oranje A, Prose N, eds. Textbook of pediatric dermatology. 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell. 2005:415-416.
9. Chang LY, Tsao KC, Hsia SH, et al. Transmission and clinical features of enterovirus 71 infections in household contacts in Taiwan. JAMA. 2004;291:222-227. [Texto completo](#) [Resumo](#)
10. Chang LY, Huang LM, Gau SS, et al. Neurodevelopment and cognition in children after enterovirus 71 infection. N Engl J Med. 2007;356:1226-1234. [Texto completo](#) [Resumo](#)
11. Chang LY, Lin TY, Huang YC, et al. Comparison of enterovirus 71 and coxsackie-virus A16 clinical illnesses during the Taiwan enterovirus epidemic, 1998. Pediatr Infect Dis J. 1999;18:1092-1096. [Resumo](#)
12. Lee TC, Guo HR, Su HJ, et al. Diseases caused by enterovirus 71 infection. Pediatr Infect Dis J. 2009;28:904-910. [Resumo](#)
13. Centers for Disease Control and Prevention. CDC Yellow Book 2018: Health Information for International Travel. Chapter 3 Hand, Foot & Mouth Disease. New York: Oxford University Press; 2017. [Texto completo](#)
14. World Health Organization. Emerging disease surveillance and response. Hand, foot and mouth disease information sheet. 2012 [internet publication]. [Texto completo](#)
15. Zhu FC, Meng FY, Li JX, et al. Efficacy, safety, and immunology of an inactivated alum-adjuvant enterovirus 71 vaccine in children in China: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet. 2013;381:2024-2032. [Resumo](#)
16. Zhu F, Xu W, Xia J, et al. Efficacy, safety, and immunogenicity of an enterovirus 71 vaccine in China. N Engl J Med. 2014;370:818-828. [Resumo](#)
17. Li R, Liu L, Mo Z, et al. An inactivated enterovirus 71 vaccine in healthy children. N Engl J Med. 2014;370:829-837. [Resumo](#)
18. Tsao KC, Chang PY, Ning HC, et al. Use of molecular assay in diagnosis of hand, foot and mouth disease caused by enterovirus 71 or coxsackievirus A 16. J Virol Methods. 2002;102:9-14. [Resumo](#)
19. Faulkner CF, Godbolt AM, DeAmbrosis B, et al. Hand, foot and mouth disease in an immunocompromised adult treated with aciclovir. Australas J Dermatol. 2003;44:203-206. [Resumo](#)
20. Chow KC, Lee CC, Lin TY, et al. Congenital enterovirus 71 infection: a case study with virology and immunohistochemistry. Clin Infect Dis. 2000;31:509-512. [Resumo](#)

21. Ogilvie MM, Tearne CF. Spontaneous abortion after hand-foot-and-mouth disease caused by Cocksackie virus A16. Br Med J. 1980;281:1527-1528. [Texto completo](#) [Resumo](#)
-

Imagens



Figura 1: Doença de mão, pé e boca. Erupção cutânea ao redor da boca de uma criança de 1 ano com doença de mão, pé e boca (DMPB). A DMPB é causada por vírus intestinais da família picornaviridae. As cepas mais comuns que causam DMPB são o vírus coxsackie A16 e o enterovírus 71 (EF-71).

Dr P. Marazzi/Science Photo Library



Figura 2: Doença de mão, pé e boca. Detalhe das bolhas (vesículas) na mão de um menino de 3 anos com doença de mão, pé e boca (DMPB). A DMPB é causada por vírus intestinais da família picornaviridae. As cepas mais comuns que causam DMPB são o vírus coxsackie A16 e o enterovírus 71 (EF-71).

Dr P. Marazzi/Science Photo Library

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 considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações 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 contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese 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	10,000
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

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Malobi I. Ogboli, MBBS, FRCP

Consultant Dermatologist

Birmingham Children's Hospital and Birmingham City Hospital, Birmingham, UK

DIVULGAÇÕES: MIO declares that she has no competing interests.

Andrew Riordan, MD, FRCPCH, MRCP, DTM&H

Consultant in Paediatric Infectious Diseases and Immunology

Royal Liverpool Children's Hospital (Alder Hey), Liverpool, UK

DIVULGAÇÕES: AR has been funded by GlaxoSmithKline as a consultant and has been reimbursed by CLB Behring following attendance at a European conference.

// Colegas revisores:

Helen Goodyear, MBChB, MRCP, FRCPCH, MD, MMed

Consultant Paediatrician

Heartlands Hospital, Birmingham, UK

DIVULGAÇÕES: HG declares that she has no competing interests.

David Cassarino, MD, PhD

Assistant Professor

Department of Pathology and Laboratory Medicine, University of California, Los Angeles, CA

DIVULGAÇÕES: DC declares that he has no competing interests.

Leonid Izikson, MD

Staff Dermatologist

Department of Dermatology, Massachusetts General Hospital, Boston, MA

DIVULGAÇÕES: LI declares that he has no competing interests.

Aisha Sethi, MD

Assistant Professor of Medicine

Associate Residency Program Director, University of Chicago, Chicago, IL

DIVULGAÇÕES: AS declares that she has no competing interests.