

revisões e ensaios

Exantema - Roteiro Diagnóstico

Exanthemas - Diagnostic Schedule

Massayuki Yamamoto¹
Heloisa Helena de Souza Marques¹

Nota do Editor Médico

Entenda-se por algoritmo "o processo de cálculo ou de resolução de um grupo de problemas semelhantes em que se estipulam regras formais para a obtenção do resultado ou da solução do problema". É um procedimento cada vez mais freqüente no diagnóstico diferencial de inúmeras situações em Medicina. A editoria médica de Pediat. (S. Paulo) decidiu reproduzir um capítulo de "Roteiros Diagnósticos em Pediatria" (Vol. XXIX da Série "Pediatria" das Monografias Médicas - Edições Sarvier), devidamente autorizada pelos autores e editores, a fim de que o leitor desta revista tenha acesso a um notável algoritmo em Pediatria referente ao diagnóstico diferencial dos exantemas.

A criança com erupção, febril ou não, constitui um dos problemas mais freqüentes da prática pediátrica. O diagnóstico diferencial desta condição envolve uma variedade enorme de causas, as quais, por um lado, desafiam os conhecimentos do pediatra mais experiente e, por outro, impedem que se apresente, nos limites deste artigo, uma abordagem exaustiva e completa.

Instituto da Criança "Prof. Pedro de Alcântara" do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Unidade de Isolamento.

¹ Assistente

Procura-se-á, no entanto, delinear um roteiro diagnóstico que capacite o clínico a identificar as causas mais comuns de exantema na criança e, sobretudo, a diferenciar as situações banais daquelas que exigem uma intervenção imediata e/ou agressiva.

COMPONENTES MORFOLÓGICOS DOS EXANTEMAS

Eritema: vermelhidão da pele, difuso ou salpicado, que desaparece à pressão.

Mácula (mancha): lesão plana, não palpável, constituída por uma alteração circunscrita da cor da pele.

Pápula: lesão firme e elevada, com bordas nítidas e diâmetro que varia de 1 a 5 milímetros (até 1 cm, segundo alguns autores).

Placa: lesão achatada, semelhante à pápula, mas com diâmetro superior a 1 cm.

Vesícula: lesão papular preenchida com líquido claro.

Pústula: elevação da pele contendo pus, de até 1 cm de diâmetro.

Petéquia: lesão hemorrágica, que não desaparece à pressão, cujo tamanho não ultrapassa alguns milímetros.

Púrpura: lesão hemorrágica de cor viúva, que não desaparece à pressão, com diâmetro superior a 1 cm.

ETIOLOGIA

Dentre as causas de exantema em crianças, as doenças infecciosas assumem um papel de grande destaque. O espectro de agentes microbianos implicados abrange desde os vírus, responsáveis por uma diversidade muito grande de manifestações cutâneas, até os protozoários e helmintos, passando pelas rickettsias,

clamídias, micoplasmas, bactérias e fungos.

Deve-se, no entanto, ter em mente que as erupções cutâneas relacionadas ao uso de drogas, a picada de insetos ou a contato com alérgenos variados são bastantes freqüentes na faixa etária pediátrica. Outras causas não infecciosas são representadas pelas afecções do tecido conectivo e doenças onco-hematológicas.

Uma situação que, com freqüência, gera dúvidas é a da criança que desenvolve exantema na vigência de um quadro infeccioso e que, concomitantemente, está recebendo terapêutica medicamentosa. Neste caso, o mais comum é que a erupção cutânea tenha decorrido da própria infecção do que de uma reação à droga.

ASPECTOS IMPORTANTES DO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Os diversos agentes etiológicos anteriormente citados podem levar ao aparecimento de erupções cutâneas muito semelhantes entre si, na medida em que a pele apresenta um número limitado de alterações morfológicas.

Deste modo, é fundamental que se analise o quadro clínico-epidemiológico em sua totalidade para se chegar a um diagnóstico acurado. Existem certas características do paciente, do seu meio ambiente e da evolução do próprio exantema que contribuem, de forma relevante, para a diferenciação entre as diversas causas e, por isso, serão destacadas a seguir (Quadro 1).

Idade

O conhecimento da faixa etária de maior incidência das diversas etiologias permite, em muitas situações, que se faça uma diferenciação inicial com grande nitidez.

QUADRO 1

Aspectos importantes do diagnóstico diferencial dos exantemas na criança.

-
- A) IDADE
B) SITUAÇÃO DO ANO
C) SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA
D) ANAMNESE
1. Antecedentes — exantemas prévios
 - história vacinal
 - exposição (contato)
 - período de incubação
 - uso de drogas
 2. Período prodrômico — duração
 - febre
 - manifestações respiratórias
 - manifestações gastrintestinais
 - manifestações neurológicas
 - outras manifestações
 3. Exantema — tipo
 - progressão
 - distribuição
 - descamação
 - prurido
- E) EXAME FÍSICO
1. Exantema — tipo
 - distribuição
 - descamação
 2. Enantema — conjuntiva
 - boca
 - urogenital
 3. Sinais associados — adenomegalia
 - anemia
 - artrite/artralgia
 - hepato e/ou esplenomegalia
 - icterícia
 - meningismo
- F) EXAMES LABORATORIAIS
1. Inespecíficos — hemograma
 - velocidade de hemossedimentação
 2. Específicos — pesquisa direta de microrganismos
 - cultura
 - sorologia
-

Cerca de 95% dos casos de exantema súbito, por exemplo, ocorrem em crianças entre 6 meses e 3 anos de idade e, por isto, esse diagnóstico se torna altamente improvável quando se examina um adolescente com quadro exantemático.

Por outro lado, determinadas doenças apresentam quadros clínicos distintos conforme a faixa etária do paciente. Assim, observa-se que a rubéola e a varicela têm um cortejo sintomático, tanto no período prodrô-

mico como na vigência do exantema, mais marcado nos adolescentes do que nos pré-escolares ou escolares.

Estação do ano

Os exantemas de origem infecciosa ocorrem, predominantemente, nos meses de inverno e primavera. Uma exceção notável a este padrão é representada pelas enteroviroses, que têm maior incidência no verão.

Os meses quentes abrigam, também, um maior número de casos de eritema solar, estrófulo e miliária.

Situação epidemiológica

O conhecimento das doenças incidentes, em cada momento, na comunidade em que vive o paciente (incluindo-se nesse contexto a família, a escola e o trabalho) favorece o direcionamento do raciocínio diagnóstico.

Anamnese

A anamnese cuidadosa e sistemática, embora muitas vezes subestimada, constitui instrumento valioso para o diagnóstico clínico da causa de um exantema na criança. Os dados obtidos da anamnese permitem que, em muitas circunstâncias, se identifiquem as suscetibilidades individuais, os fatores predisponentes e desencadeantes de uma determinada condição, bem como os sinais e sintomas associados com a erupção cutânea. Este conjunto de indícios, em associação com a descrição das características das lesões de pele, facilitam a realização de exame físico dirigido e, se for o caso, a indicação de exames laboratoriais para a confirmação do diagnóstico.

Antecedentes

Determinadas doenças infecto-contagiosas, como o sarampo e a rubéola, conferem imunidade duradoura, daí decorrendo a importância de se indagar sobre os *exantemas prévios* apresentados pelo paciente. A *história vacinal*, por sua vez, permite que se conheça a suscetibilidade ou a imunidade diante das doenças exantemáticas preveníveis por imunização ativa.

O relato de *exposição* a um agente infeccioso ou a um alérgeno é, também, de grande utilidade na orientação diagnóstica.

As diferentes durações do *período de incubação* (intervalo de tempo decorrido entre a exposição ao agente infeccioso e o aparecimento das primeiras manifestações clínicas) das doenças infecto-contagiosas, quando reconhecidas pelo pediatra, propiciam a diferenciação entre um caso de escarlatina e outro de rubéola, por exemplo.

Em virtude de sua freqüente associação com erupções cutâneas na criança, o uso de drogas deve sempre ser pesquisado, de maneira objetiva, na medida em que, muitas vezes, o paciente ou seus familiares omitem, por esquecimento ou por conveniência, a ingestão de certos medicamentos.

Período prodrômico

Este período corresponde ao intervalo de tempo entre as primeiras manifestações clínicas e o surgimento do exantema. Em muitas doenças, como o eritema infeccioso, a rubéola e a varicela em crianças, o exantema é a primeira manifestação de doença, ou seja, não existe um período prodrômico. Em outras circunstâncias, os pródromos são bem marcados e auxiliam no estabelecimento do diagnóstico diferencial.

Assim, é importante pesquisar a presença de febre (de evolução característica no exantema súbito) e de manifestações respiratórias (importantes no sarampo, onde a tosse é um sinal constante), gastrintestinais (que podem sugerir a participação de enterovírus) e neurológicas (como ocorrem em algumas enterovirose e na doença meningocócica). Outras manifestações, como linfadenopatia, artrite, lesões mucosas, podem, também contribuir para a definição das hipóteses diagnósticas.

Exantema

A descrição das características do exantema é um dado fundamental para a identificação de suas possíveis causas.

Os aspectos diferenciais mais importantes são: tipo das lesões (manchas, pápulas, vesículas, bolhas, petéquias), a progressão do exantema (local de início, sentido e velocidade da expansão para as outras partes do corpo), sua distribuição (centrífuga ou centrípeta, com ou sem acometimento de palmas de mãos e plantas de pés), a presença de descamação (fina ou em placas) e de prurido.

Por exemplo, a velocidade de progressão é maior na rubéola e na escarlatina do que no sarampo: nas primeiras o exantema se generaliza em 24 horas, enquanto no último as

lesões só vão atingir os membros inferiores ao fim de três dias. No exantema súbito, a erupção cutânea se inicia ao tronco, enquanto na rubéola e no sarampo as primeiras lesões surgem na cabeça e progridem caudalmente. A distribuição centrípeta é um marco diferencial da varicela que a distingue da varíola. Quanto à descamação, esta é fina no sarampo, não existe na rubéola e apresenta-se em grandes placas na escarlatina, característica esta que, em alguns casos, permite que se faça o diagnóstico retrospectivamente.

Exame físico

Em conjunto com a anamnese, o exame físico minucioso e objetivo conduz ao diagnóstico presuntivo em grande número de casos, tornando prescindível, assim, o concurso de exames complementares.

Exantema

A caracterização do tipo do exantema a partir de seus componentes morfológicos, o exame da distribuição das lesões e a identificação da descamação constituem requisitos fundamentais para a orientação diagnóstica.

Os quadros 2, 3 e 4, apresentam, respectivamente, as causas de exantema maculopapular, papulovesicular e petequeial e/ou purpúrico em crianças. Para cada tipo de exantema dá-se destaque às causas mais freqüentes, cumprindo observar que: a) o mesmo tipo de exantema tem etiologias as mais diversas; b) o mesmo agente pode produzir lesões bastante distintas, como ocorre com os enterovírus.

Com relação à distribuição das lesões e à presença de descamação, permanecem válidas as considerações feitas na anamnese.

Enantema

O enantema é representado pelas lesões mucosas, conjuntivas, orais ou urogenitais, que podem estar associadas com a erupção de pele.

No sarampo observa-se o aparecimento, no final do período prodrômico, de um enantema patognômico, constituído pelas manchas de Koplik. Constumam cursar com con-

juntivite a rubéola, as adenovirose, a síndrome de Stevens-Johnson, além do próprio sarampo. A presença de petéquias no palato sugere mononucleose infecciosa, rubéola ou escarlatina. Lesões da mucosa oral e urogenital são observadas na varicela e na síndrome de Stevens-Johnson.

Sinais associados

O exame físico da criança com exantema deve pesquisar outras alterações que possam auxiliar no diagnóstico diferencial.

A adenomegalia cervical posterior, retroauricular occipital é observada, por exemplo, na rubéola e no exantema súbito. O aumento de gânglios, especialmente da cadeia cervical, é observado, também, em pacientes com escarlatina, mononucleose infecciosa e reação a drogas.

A anemia representa um sinal importante na avaliação de uma criança com exantema petequeial, pois pode ocorrer em casos de meningococemia, leucemia e leishmaniose visceral, por exemplo.

O diagnóstico de rubéola ou de reação a drogas pode ser sugerido pela presença de artrite ou artralgia.

O encontro de hepatomegalia e/ou esplenomegalia é freqüente na mononucleose infecciosa e na hepatite viral. Eventualmente, a rubéola e a varicela podem, também, apresentar aumento de fígado ou baço, sobretudo nas crianças pequenas.

A presença de icterícia sugere, fortemente, a possibilidade de hepatite viral em criança que apresenta exantema maculopapular discreto e hepatomegalia.

A positividade dos sinais de irritação meníngea (meningismo) é encontrada na meningococemia (embora esta possa cursar sem meningite) e nas enterovirose. Neste aspecto, a infecção pelo Echovirus 19 pode simular a doença meningocócica, na medida em que ambas apresentam lesões petequeiais e quadro meningítico.

Exames laboratoriais

Os exames laboratoriais constituem recurso diagnóstico útil apenas naquelas situações em que a anamnese e o exame físico permitem a

QUADRO 2

Causas de exantema maculopapular em crianças.

Agente e/ou doença	Comentários
VÍRUS	
Adenovírus	Lesões discretas
Coxsackie* A e B	Lesões discretas; alguns tipos podem causar lesões vesiculares
Echovírus 4, 6, 9, 11, 16, 18	Lesões discretas; tipo 16 produz o "exantema de Boston"
Epstein-Barr (mononucleose infecciosa)	Lesões discretas; incidência do exantema aumentada pelo uso da ampicilina
Eritema infeccioso	"Cara de palhaço"; exantema rendilhado nos membros
Flavivírus: dengue	Lesões discretas ou confluentes, eventualmente hemorrágicas
Hepatite B	Lesões discretas; icterícia
Rubéola*	Lesões discretas, poucas confluentes
Sarampo*	Lesões confluentes; manchas de Koplik
VÍRUS?	
Exantema súbito*	Lesões discretas, surgindo no tronco após desaparecimento da febre
BACTÉRIAS	
<i>Salmonella</i> (febre tifóide)	Lesões discretas (roséola tífica no tronco)
<i>Streptococcus pyogenes</i> (escarlatina)*	Lesões confluentes, ásperas ao tato, mais acentuada nas dobras; palidez perioral; descamação
<i>Treponema pallidum</i> (sífilis secundária)	Lesões discretas, localizadas ou generalizadas, ulcerações mucosas
PROTOZOÁRIOS	
<i>Toxoplasma gondii</i> (toxoplasmose)	Lesões discretas, evanescentes
CAUSAS NÃO INFECCIOSAS	
Artrite reumatóide juvenil	Lesões eritematomaculares pequenas, evanescentes; tendência ao aparecimento no picos febris
Eritema solar*	Lesões em áreas não cobertas, confluentes, com ardor
Estrófulo*	Lesões pruriginosas; exposição a picada de insetos
Miliária*	Exposição a altas temperaturas ambientais; sudorese abundante
Reação alérgica*	Lesões pruriginosas; uso de drogas ou exposição a alérgenos

* Causas mais frequente

definição de hipóteses etiológicas a serem testadas dirigidamente. Caso contrário, o pediatra poderá incorrer no erro de solicitar, indiscriminadamente, exames que, por um lado, nem sempre contribuem para o diagnóstico e que, por outro, oneram bastante o custo do atendimento prestado ao paciente.

Idealmente, só deveriam ser requisitados os exames que permitissem a identificação da etiologia do exantema. Entretanto, em nosso

meio, existe uma dificuldade bastante grande na realização de exames microbiológicos, o que torna problemática a feitura do diagnóstico de certeza nos exantemas de causa infecciosa, sobretudo quando se trata de vírus. Nos casos de erupção cutânea provocados por agentes não infecciosos, a indicação dos exames laboratoriais deve, também, ser parcimoniosa, procurando selecionar os procedimentos que, mais provavelmente, fornecerão elementos fundamentais para o diagnóstico.

Deve-se, por fim, salientar mais uma vez que, em grande número de quadros exantemáticos, as manifestações clínicas e os aspectos do diagnóstico diferencial já discutidos anteriormente indicarão a(s) causa(s) provável(is) e orientarão a conduta mais adequada, sem que o pediatra lance mão de exames complementares. Isto é tanto mais certo quanto mais objetivamente o médico sistematizar a abordagem clínica do paciente, conferindo importância ao conjunto dos sinais e não apenas às lesões de pele.

QUADRO 3

Causas de exantema papulovesicular em crianças.

Agente e/ou doença	Comentários
VÍRUS	
Coxsackie A 4, 5, 2, 10, 15, 16	Síndrome mão-pé-boca; envolvimento de membranas mucosas
Coxsackie B 1, 2, 3	
Echovírus	
Herpesvírus*	Vesículas em pele, lábios, boca, faringe e genitais
Sarampo	Manifestação do sarampo atípico
Varicela-zoster*	Evolução em surtos: maculopápulas → vesículas → crostas; polimorfismo regional
BACTÉRIAS	
<i>Streptococcus pyogenes</i> (impetigo)*	Eritema → vesícula → crosta; isolamento do germe das lesões
<i>Staphylococcus aureus</i> (impetigo)*	Formação de bolhas
CAUSAS NÃO INFECCIOSAS	
Estrófulo	Exposição a picada de insetos
Síndrome de Stevens-Johnson	História de uso de drogas

* Causas mais frequentes

Exames inespecíficos

O hemograma é, certamente, um dos exames laboratoriais mais solicitados pelo pediatra quando da avaliação de uma criança doente. Entretanto, como ocorre na febre, as informações oferecidas por esse exame são, freqüentemente, muito escassas para que sirvam de auxílio no diagnóstico de um exantema. No que diz respeito às doenças infecciosas, o hemograma é inteiramente inespecífico, mas pode oferecer algumas pistas quando o leucograma estiver alterado. Assim, as viroses costumam evoluir com número normal ou diminuído de leucócitos, enquanto as infecções bacterianas apresentam, mais comumente, leucocitose à custa do aumento de neutrófilos, maduros e jovens. A presença de eosinofilia sugere o diagnóstico de escarlatina e a linfocitose atípica é observada nos quadros mononucleose-símeles (mononucleose infecciosa, rubéola, lues secundária, toxoplasmose adquirida). Na rubéola, descreve-se o encontro de plasmócitos, células habitualmente teciduais, no sangue periférico.

Quanto às causas não infecciosas, algumas delas apresentam alte-

rações sugestivas no hemograma.

Os quadros alérgicos, por exemplo, podem cursar com eosinofilia. As púrpuras são diferenciadas umas das outras de acordo com a presença ou a ausência de plaquetopenia. O encontro de blastos indica o diagnóstico de leucemia. A anemia é observada nos casos de artrite reumatóide juvenil e de leucemia.

A velocidade de hemossedimentação, indicador inespecífico de processo inflamatório, pode ser útil na avaliação de crianças com quadros infecciosos, neoplasias ou afecções do tecido conectivo. Embora resultados anormais não sugiram causas específicas, valores normais oferecem uma relativa segurança de que a causa do exantema não deva ser uma doença grave.

Exames específicos

Estes exames são destinados à identificação do agente causal de um exantema e referem-se, sobretudo, a procedimentos que conduzem ao diagnóstico específico de uma doença infecciosa.

A pesquisa direta de microrganismos e a cultura de materiais obtidos dos mais diferentes locais, podem demonstrar a presença de germe causador da erupção cutânea. A escolha do tipo de exame cultivado (sangue, liquor, urina, secreções purulentas, etc.) dependerá das hipóteses diagnósticas levantadas a partir da anamnese e do exame físico.

A sorologia pode ser utilizada no diagnóstico a partir de diversas doenças infecciosas, tais como enteroviroses, mononucleose infecciosa, rubéola, sarampo, hepatite viral, estreptococia, lues secundária e toxoplasmose adquirida. A sorologia assume particular importância na avaliação do recém-nascido com quadro exantemático presumivelmente devido a uma infecção congênita.

No quadro 5 são apresentados, de forma resumida, os principais aspectos diferenciais das doenças exantemáticas mais comuns na faixa etária pediátrica. Não é objetivo deste sumário substituir as abordagens mais detalhadas contidas nos livros de texto. Pretende-se, apenas, oferecer um meio de consulta rápido que facilite a sistematização do raciocínio diagnóstico de um caso concreto.

revisões e ensaios

QUADRO 4 Causas de exantema patequial e/ou purpúrico em crianças.

Agente e/ou doença	Comentários
VÍRUS	
Citomegalovírus	Infecção congênita
Coxsackie A 4, 9*	
Coxsackie B 2, 3, 4*	
Echovírus 4, 7, 9*	
Herpes	Infecção congênita e adquirida
Rubéola	Infecções congênita e adquirida
Sarampo	Manifestações do sarampo hemorrágico e do atípico
Varicela-zoster	Manifestação da varicela hemorrágica
RIQUETTSIAS	
Febre maculosa	Causa rara
BACTÉRIAS	
<i>Neisseria meningitidis</i> *	Lesões esparsas ou disseminadas, com agente presente; pode não haver meningite na meningococemia
<i>pseudomonas</i> (ectima gangrenoso)	Lesões violáceas, com necrose central
Septicemia	Lesões esparsas ou disseminadas
<i>Treponema pallidum</i>	Infecção congênita
PROTOZOÁRIOS	
<i>Leishmania donovani</i> (calazar)	Procedência de área endêmica: anemia; hepatoesplenomegalia, febre
<i>Toxoplasma gondii</i>	Infecção congênita
CAUSAS NÃO INFECCIOSAS	
Leucemia	Anemia: hepatoesplenomegalia
Púrpura de Henoch-Schönlein	Distribuição gravitacional: glúteos e membros inferiores
Púrpura trombocitopênica idiopática	

* Causas mais freqüentes

QUADRO 5 Características das principais doenças exantemáticas na criança.

Doença	Idade	Estação do ano	Período de incubação	Período padrômico	Exantema (tipo da lesão, evolução, distribuição)	Dados Característicos
Enterovirose Coxsackie A Coxsackie B Echovírus	Lactentes	Verão e outono	3 a 6 dias	Geralmente ausente ou com febre e mal-estar de curta duração Echovírus 16: 3 a 4 dias de febre e irritabilidade	Lesões maculopapulares discretas, não confluentes, com início na cabeça e progressão para tronco e membros; sem descação Coxsackie A (síndrome mão-pé-boca): lesões vesiculares em boca, mãos e pés Echovírus 16 (exantema de Boston): evolução semelhante à do exantema súbito	Estação do ano: verão Manifestações gastrintestinais Meningite linfomonocitária Diagnóstico laboratorial: culturas de secreção de orofaringe e de fezes; sorologia em 2 amostras

revisões e ensaios

Alguns tipos produzem lesões
petequiais: Echovírus 9 pode simular
meningococemia (exantema
petequial + meningite)

Eritema infeccioso	5 a 15 anos (pico- 7a)	Inverno e primavera	6 a 14 dias	Ausente	Erupção em 3 estágios: 1. Exantema facial eritematomaculopapular, coalescente nas regiões malaras: "cara de palhaço" e palidez perioral 2. Lesões maculo-papulares vermelhas em membros superiores e inferiores que clareiam centralmente: aspecto rendilhado 3. Desaparecimento do exantema, com recorrências induzidas pela ação de irritantes cutâneos	"Cara de palhaço" Exantema rendilhado nos membros Diagnóstico: só clínico
Eritema solar	Qualquer	Verão	—	Ausente	Exantema maculopapular confluyente em áreas expostas; descamação	Exposição ao sol Diagnóstico: só clínico
Escarlatina	5 a 12 anos	Inverno e primavera	2 a 4 dias	12 a 48 horas de febre alta, angina, cefaléia e dor abdominal	Exantema eritematose puntiforme, confluyente, áspero ao tato, de rápida generalização; palidez perioral (sinal de Filatov); lesões mais acentuadas nas dobras, com formação de linhas transversais (sinal de Pastia); descamação extensa, em placas	Língua em framboesa Leucograma com eosinofilia, leucocitose, neutrofilia e desvio à esquerda Diagnóstico: cultura de orofaringe ou de lesão de pele ("escarlatina cirúrgica")
Estrófulo	Lactentes e pré-escolares	Verão	—	Ausente	Lesões maculopapulares, muitas vezes com pequena vesícula central; prurido	Exposição a picada de insetos Antecedentes atópicos Diagnóstico: clínico
Exantema súbito	95% entre 6 meses e 3 anos	Primavera e outono	10 a 15 dias	3 a 4 dias de febre alta e irritabilidade; bom estado geral	Lesões maculopapulares similares às da rubéola, não confluentes, com início no tronco após o desaparecimento da febre; curta duração: de algumas horas a 2 dias	Pródromo febril Início do exantema após a queda da temperatura Erupção inicialmente no tronco Diagnóstico: só clínico
Impetigo	Pré-escolares	Verão	2 a 4 dias	Ausente	Lesões eritematopapulosas com rápida evolução para formação de vesícula e crosta	Ausência de sintomas sistêmicos Diagnóstico laboratorial: cultura de lesão de pele
Meningococemia	Crianças e adultos jovens	Inverno e primavera	1 a 10 dias (geralmente 4 dias)	24 horas de febre, mal-estar, vômitos e cefaléia	Lesões petequiais e purpúricas, sem distribuição precisa, precedidas, freqüentemente, de um exantema maculopapular	Não é obrigatória a presença de meningite Mau estado geral; choque Diagnóstico laboratorial: pesquisa do germe ou de seus produtos no liquor, sangue e lesões de pele

revisões e ensaios

Milária	Lactentes	Verão	—	Ausente	Exantema puniforme, principalmente nas zonas de flexão; sem descamação	Exposição a altas temperaturas ambientais; sudorese abundante Diagnóstico: clínico
Mononucleose infecciosa	Crianças maiores, adolescentes	Inverno	4 a 6 semanas	Variável: febre baixa, mal-estar e adenomegalia	Lesões maculopapulares discretas, sobretudo em tronco; sem descamação Outros tipos de exantema; petequial, urticariforme	Incidência do exantema aumentada pelo uso de ampicilina Angina e petéquias no palato Linfocitose atípica; aumento dos níveis de transaminasemia Diagnóstico laboratorial: sorologia
Reação drogas	Qualquer	Qualquer	—	Geralmente ausente	Lesões maculopapulares evanescentes, pruriginosas Lesões papulovesiculares e bolhosas, com acometimento de mucosas na síndrome de Stevens-Johnson	Uso de Medicamentos antibióticos, antitérmicos, anticonvulsivantes Linfadenopatia, particularmente com o uso de hidantoinato
Rubéola	Crianças maiores, adolescentes	Inverno e primavera	14 a 21 dias (média: 16 a 17 dias)	Crianças: ausente Adolescentes e adultos: 1 a 4 dias de febre, mal-estar	Lesões maculopapulares róseas, discretas, poucas confluentes; início na cabeça e generalização rápida para tronco e membros; desaparecimento em 3 dias, sem descamação	Linfadenopatia cervical posterior, retroauricular e occipital Manifestações articulares Linfocitose atípica e plasmocitose Diagnóstico laboratorial: sorologia em 2 amostras
Sarampo	Lactentes e pré-escolares	Inverno e primavera	10 a 12 dias	3 a 4 dias de febre alta, conjuntivite, coriza e tosse, manchas de Koplik dois dias antes do exantema	Lesões maculopapulares avermelhadas, confluentes; início na cabeça, atrás da orelha, com progressão craniocaudal; máxima intensidade no terceiro dia, manchas pardas residuais; descamação furfurácea	História de contato manchas de Koplik Diagnóstico clínico, na quase totalidade dos casos Diagnóstico laboratorial: sorologia em 2 amostras
Varicela	2 a 8 anos	Inverno e primavera	10 a 21 dias (média: 14 a 16 dias)	Crianças: geralmente ausente Adolescentes e adultos: 1 a 2 dias de febre, mal-estar e cefaléia	Lesões com evolução rápida, em horas, de maculopápula para vesícula e desta para crosta; início das lesões no tronco, com progressão rápida para a face e extremidades, poupando palmas e plantas; prurido	História de contato Distribuição centripeta Evolução em surtos, com polimorfismo regional Lesões em mucosas Diagnóstico: clínico

Algoritmo para o Diagnóstico Clínico dos Exantemas Maculopapulares e Petequiais e/ou Purpúricos

As figuras 1, 2, 3 e 4 apresentam os algoritmos para o roteiro diagnóstico dos exantemas maculopapulares, papulovesiculares e petequiais e/ou purpúricos.

Mesmo com o risco de pecar pela esquematização excessiva, estes

algoritmos são apresentados com o intuito de direcionar o raciocínio clínico; traçam-se caminhos para o diagnóstico diferencial dos diversos exantemas, tendo como pontos de partida a descrição do tipo das lesões e a identificação de algumas características distintivas fundamentais.

Fig. 1 — Roteiro diagnóstico (algoritmo) para os exantemas maculopapulares — Parte I

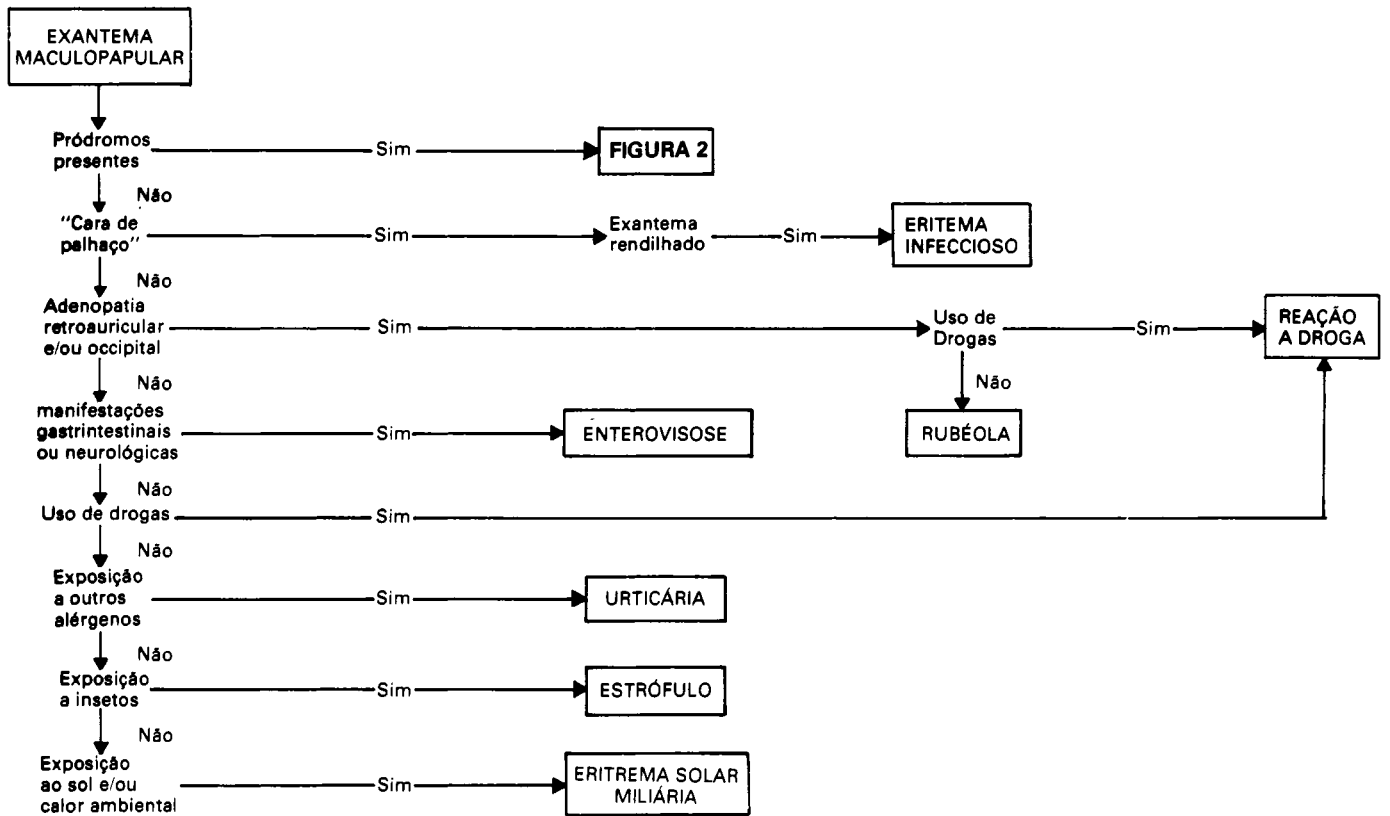
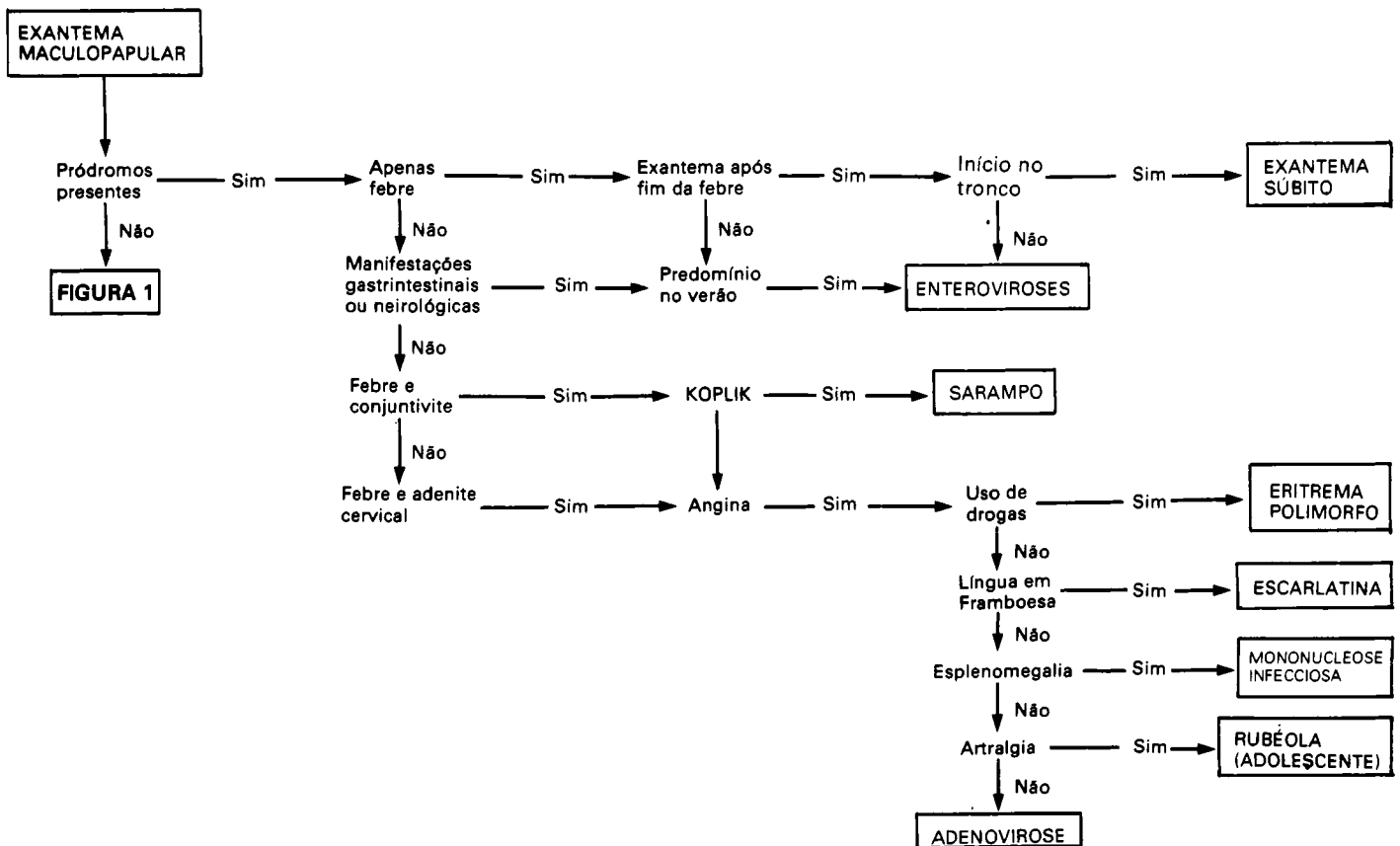


Fig. 2 -- Roteiro diagnóstico (algoritmo) para os exantemas maculopapulares — Parte II.



revisões e ensaios

Fig. 3 — Roteiro diagnóstico (algoritmo) para os exantemas papulovesiculares.

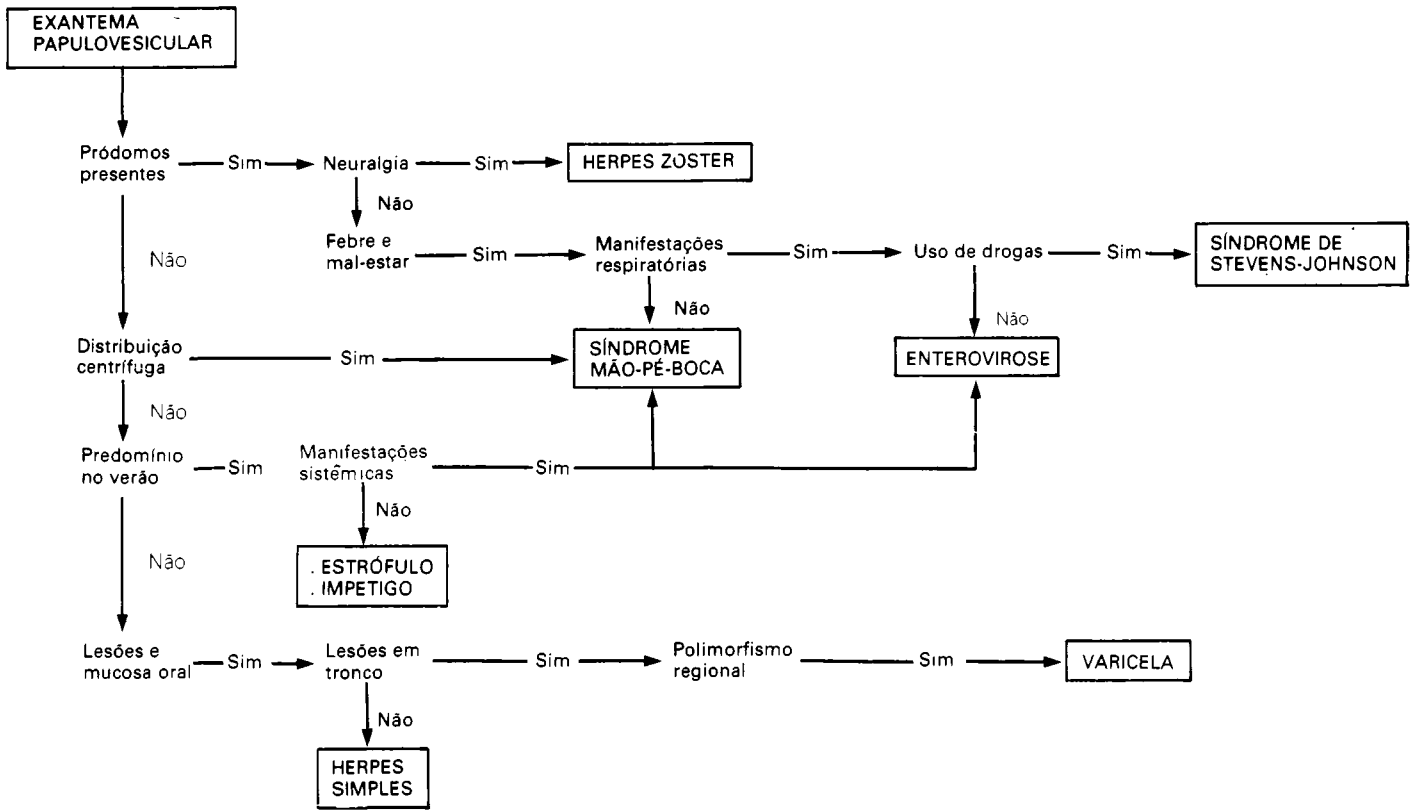
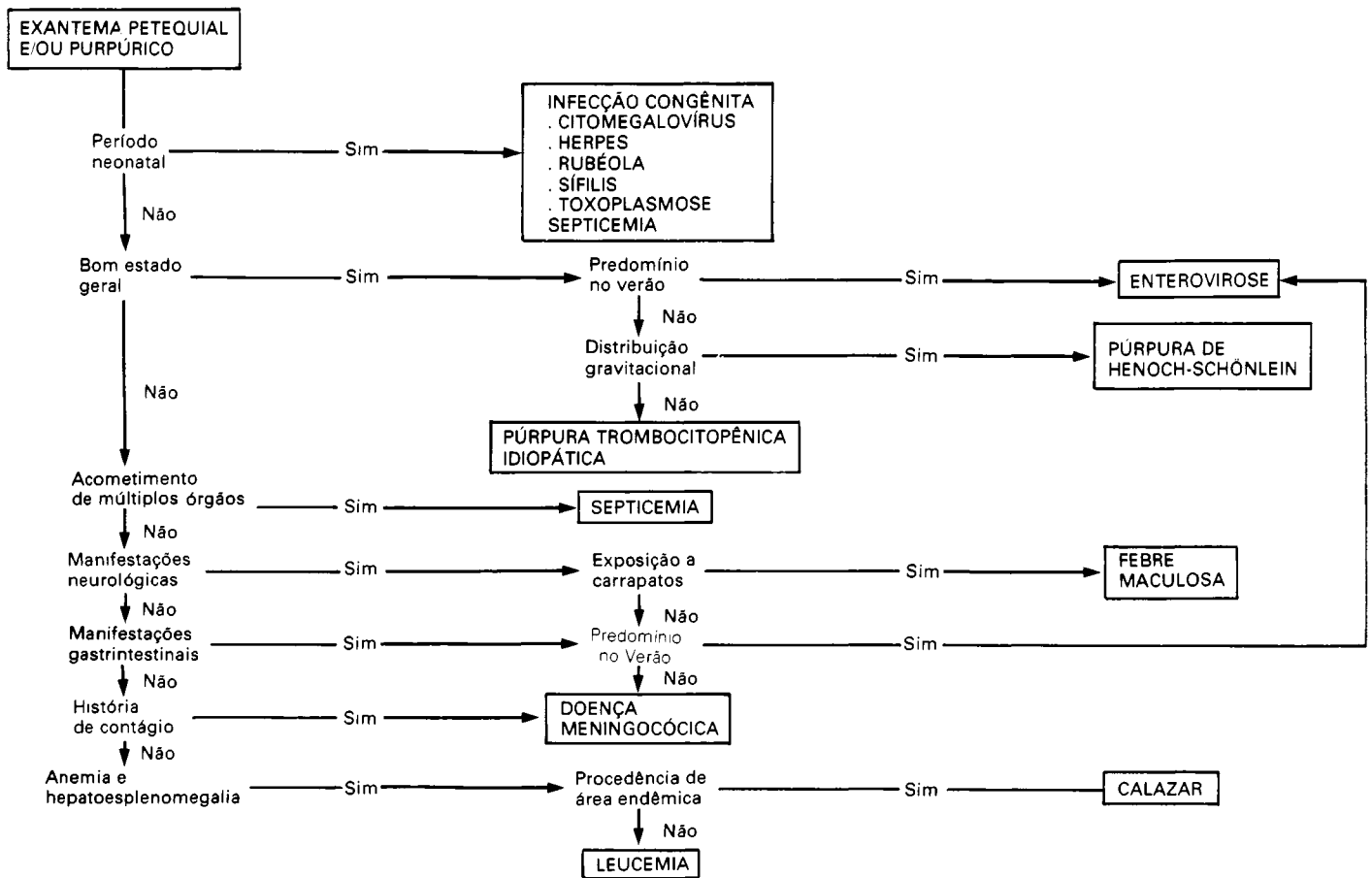


Fig. 4 — Roteiro diagnóstico (algoritmo) para os exantemas petequiais e/ou purpúricos.



BIBLIOGRAFIA

1. **BERMAN, S.**, ed - Pediatric Decision Making. Philadelphia, B.C. Decker, 1985.
2. **CHERRY, J.D.** - Cutaneous manifestations of systemic infections. In FEIGIN, R.D. & CHERRY, J.D. - Textbook of Pediatric Infectious Diseases. Philadelphia, Saunders, 1981. p. 574.
3. **FEIGIN, R.D.** - Rash. In BEHRMAN, R.E. & VAUGHAN, V.C. - Nelson Textbook of Pediatrics. 12th. ed. Philadelphia, Saunders, 1983. p. 604.
4. **KRUGMAN, S. et al.** - infectious Diseases of Children. 8th. ed. St. Louis, C.V. Mosby, 1985. p. 454.
5. **HILL, H.R. & RAY, C.G.** - The differential diagnosis of viral enanths and exanths. In WEDGWOOD, R.J. et al. - Infections in Children. Philadelphia, Harper & Row, 1982. p. 235.
6. **OSELKA, G.W. & HUTZLER, R.U.** - Doenças exantemáticas. In MARCONDES, E. - Pediatria Básica. 7ª ed. São Paulo, Sarvier, 1985. p. 881.

Aceito para publicação em 13 de julho de 1988.

Endereço para correspondência

Instituto da Criança
Hospital das Clínicas
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 647
SÃO PAULO - SP
05403