

## DOENÇA EXANTEMÁTICA NA INFÂNCIA: ESCARLATINA

Área de concentração em Enfermagem

Danielli Lopes Amorim<sup>1</sup>; Jéssica Samara Ferreira dos Santos<sup>2</sup>; Maria Isabella Bernardo da Silva<sup>3</sup>; Michelly Rodrigues Gomes<sup>4</sup>; Sheyla Katianne Medeiros de Azevedo Ramos<sup>5</sup>;

Cristina Costa Melquiades Barreto<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Faculdades Integradas de Patos, Jessica\_samara@hotmail.com

<sup>2</sup> Faculdades Integradas de Patos, daniellilopes.a@hotmail.com

<sup>3</sup> Faculdades Integradas de Patos, izabela\_itapb@hotmail.com

<sup>4</sup> Faculdades Integradas de Patos, michellyrg20@gmail.com

<sup>5</sup> Faculdades Integradas de Patos, sheylakatiannie@gmail.com

<sup>6</sup> Faculdades Integradas de Patos, cristinacmelquiades@gmail.com

**INTRODUÇÃO:** A escarlatina é uma infecção acarretada por uma bactéria chamada streptococcus hemolítico do grupo A, estas são consideradas bactérias mais agressivas, sendo a mesma bactéria que causa amigdalite, artrite, pneumonia, endocardite e algumas infecções cutâneas (VRANJAC, 2013). A transmissão é proporcionada através do contato direto, através de gotículas de saliva e secreções nasais, expelidas pela respiração, tosse ou espirros. É comum ocorrer no domicílio e na escola, podendo mesmo ocorrer surtos em creches. Porém pode ocorrer também de forma indireta, através de objetos contaminados ou pelas mãos e em casos raros, também através dos alimentos. Alguns seres humanos transportam a bactéria na “garganta” ou no nariz, sem que esta lhe provoque doença, mas nestes casos raramente transmitem a doença, sendo considerados apenas portadores da bactéria (BARRETO, 2012). O período de incubação da escarlatina ocorre geralmente entre o segundo e o quarto dia, podendo, variar de um a sete dias (VRANJAC, 2013). No período prodromico da escarlatina a doença é associada a uma infecção na garganta, com início súbito de febre, mal estar, dores de garganta, vômitos, dores abdominais e prostração. Nos dois ou três primeiros dias, a febre se eleva, onde logo após diminui progressivamente. O período exantemático aparece por volta do segundo dia da doença, acompanhado de exantema maculopapular eritematoso, com início no pescoço e no tronco, progredindo em direção à face e membros. As pequenas manchas possuem aspecto de vermelho vivo e são mais intensas nas axilas, nas virilhas e na face, poupando a região em volta da boca que se apresenta pálida, e as palmas das mãos e plantas dos pés. A língua apresenta-se com uma cobertura branca e saburrosa, que corresponde a papilas linguais edemaciadas. Após alguns dias essa cobertura destaca-se e as papilas linguais avermelhadas tornam-se mais visíveis, ficando com aspecto de framboesa. O exantema e a febre desaparecem aproximadamente ao fim do 4º ao 6º dia, acompanhando-se de uma descamação na pele, que começa na face e depois segue para o tronco em direção às pernas, pontas das unhas, nas palmas das mãos e planta do pés (BARRETO, 2012; VRANJAC, 2013). O diagnóstico da escarlatina pode ser clínico, tendo como base a associação da febre, inflamação na garganta e erupção puntiforme de cor vermelho vivo e de distribuição típica. Sendo necessária a confirmação através da pesquisa do estreptococo em um esfregaço colhido por swab da garganta na região nasofaríngea. Também podem ser feitos testes sorológicos após a cura da doença para a confirmação (VRANJAC, 2013). Tendo em vista a elevada frequência da doença exantemática o presente trabalho objetiva descrever as principais características clínico-epidemiológicas como ferramentas para auxílio no diagnóstico diferencial e consequente manejo do paciente acometido pela escarlatina.

**MATERIAIS E MÉTODOS:** Esta pesquisa foi fundamentada através de uma revisão bibliográfica sistemática tendo como amostra os artigos e livros de caráter científico que

contemplasse o assunto. Os artigos foram selecionados por com base em critérios como atualização e delimitação do tema. A coleta foi realizada na base de dados científicos Scielo (Scientific Electronic Library Online), no mês de março de 2017.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Devido a grande possibilidade etiológica é aconselhável que se adote uma abordagem sistemática iniciando por meio de uma história clínica completa. Existem características do paciente, do meio em que vive e da evolução do exantema que auxiliam de forma significativa o diagnóstico etiológico do exantema. A história pode determinar ainda os pacientes com risco para potenciais complicações a depender da doença envolvida (SILVIA et al, 2012). O conhecimento acerca do histórico vacinal é essencial para descartar ou mesmo alertar o médico para quadros clínicos atípicos, causados por doenças imunopreveníveis, como o sarampo, rubéola, varicela, febre amarela e meningococemia. Doenças preexistentes como a deficiência da imunidade humoral ou celular (hipogamaglobulinemia ou deficiência de complemento) podem alterar o curso clínico das doenças e a apresentação do exantema, motivo pelo qual as doenças de base devem ser sempre conhecidas (BRASIL, 2015). Em decorrência da possibilidade de transmissão interpessoal da maioria dos exantemas em pediatria, deve-se questionar o contato com casos semelhantes na comunidade, atentando-se para o fato de que para haver relação entre os casos, o período de incubação deve ser compatível com a doença em investigação. Este período varia entre as diferentes doenças exantemáticas, como na escarlatina onde geralmente é de 2 a 5 dias enquanto na rubéola geralmente é maior, cerca de 12 a 23 dias (SILVIA et al, 2012). As reações dermatológicas reativas são comuns e por isso o uso de medicamentos, contato com outros alérgenos ou picadas de insetos devem ser questionados, além da história familiar ou mesmo viagens recentes. As medicações comumente envolvidas incluem antibióticos (amoxicilina, sulfametoxazol-trimetropim, ampicilina, antiinflamatório não esteroide e anticonvulsivantes), nos quais o exantema geralmente é morbiliforme e de aspecto maculopapular sem quadro febril associado, mas pode evoluir para quadros graves como a síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica (BRASIL, 2012). Quando o paciente procura auxílio médico geralmente já apresenta o exantema. Nessa fase é importante obter na anamnese as características da evolução do quadro exantemático, tais como: tipo de exantema, lesões dermatológicas associadas, locais de origem, distribuição, dor e associação com descamação ou prurido. A fisiopatogenia do exantema pode ser sugerida pelo seu comportamento à manobra de dígito pressão. Quando essa desencadeia o desaparecimento do eritema sugere fenômeno de vasodilatação, tipicamente relacionado às reações medicamentosas, doenças virais, doença de Kawasaki ou escarlatina; enquanto nas alterações hemorrágicas, geralmente ocasionadas por vasculite ou alterações da crase sanguínea, não há alteração do aspecto da lesão quando submetidas à pressão (BRASIL, 2012). A presença de descamação cutânea e suas características (ausente na rubéola, fina no sarampo, em grandes placas na escarlatina ou em pontas de dedos na doença de Kawasaki) podem igualmente contribuir para o diagnóstico. A pele em textura de lixa, associada à palidez perioral ( *sinal de Filatov*), acentuação do exantema em região de dobras ( *sinal de Pastia*) e língua em framboesa são altamente sugestivas da escarlatina (SILVIA et al, 2012).

**CONCLUSÕES:** Um dos grandes desafios diagnósticos é a investigação etiológica da doença exantemática. Além de sua alta prevalência na infância, as manifestações clínicas podem ser semelhantes entre as diferentes etiologias. Apesar do imenso avanço das técnicas diagnósticas e da diminuição da incidência de algumas doenças em decorrência da imunização, diante de um paciente com exantema, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, devem colher uma história clínica completa e executar um exame físico cuidadoso e sistemático. Para tal é indispensável o entendimento acerca da história natural de

cada etiologia de forma que o diagnóstico precoce permita a intervenção eficaz nas situações em que a gravidade assim o exija.

**Palavras-Chave:** Escarlatina, doenças exantemáticas, infância.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. SILVA JA, FERREIRA R, HAMIDAH AM, PINTO JUNIOR VL. Doenças Exantemáticas: abordagem diagnóstica. **Rev Med Saude Brasilia** 2012; 1(1):10-9. Disponível em: <<https://bdtd.ucb.br/index.php/rmsbr/article/download/3022/1965>>. Acesso em: 23 de mar.2017.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações frente aos cenários epidemiológicos internacionais e nacionais de sarampo e rubéola**. 2012. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota\\_tecnica\\_cgdt\\_cgpni\\_8\\_2011.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/nota_tecnica_cgdt_cgpni_8_2011.pdf)>. Acesso em: 23 de mar.2017.
3. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção básica. **Programa Nacional de Vacinação**. 2015. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/prevalencia01\\_2011.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/prevalencia01_2011.pdf)>. Acesso em: 23 de mar.2017.
4. ALEXANDRE VRANJAC. **Caderno De Vigilância Epidemiológica – Vigilância Epidemiológica Em Saúde Ambiental/ Secretaria de Estado da Saúde**, Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac” – Divisão de Doenças Ocasionadas pelo Meio Ambiente – São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-ocasionadas-pelo-meio-ambiente>>. Acesso em: 23 de mar.2017.
5. BARRETO, SA. **Polarização epidemiológica no Brasil**. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2012; 21(4):6. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a01.pdf>>. Acesso em: 23 de mar.2017.