



## CASO CLÍNICO

# Doença mão-pé-boca em adultos causada por Coxsackievírus B1-B6<sup>☆,☆☆</sup>

Anama Di Prinzio , Dolores Pilar Bastard , Ana Clara Torre \*  
e Luis Daniel Mazzuocolo 

Departamento de Dermatologia, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Recebido em 18 de julho de 2020; aceito em 15 de março de 2021

## PALAVRAS-CHAVE

Adulto;  
Doença mão-pé-boca;  
Enterovírus

**Resumo** A doença mão-pé-boca é infecção viral por *Rickettsia* causada pelo Coxsackievírus A16 e Enterovírus 71 na maioria dos casos. É comum em crianças menores de 10 anos, que apresentam enantema oral e erupção macular, maculopapular ou vesicular nas mãos e nos pés. Entretanto, um aumento de casos por outros sorotipos virais foi observado em adultos nos últimos anos, com várias apresentações clínicas e diagnóstico difícil. Três casos de doença mão-pé-boca são relatados para mostrar a variabilidade clínica e a complexidade diagnóstica que essa doença pode apresentar em pacientes adultos.

© 2022 Sociedade Brasileira de Dermatologia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

## Introdução

A doença mão-pé-boca (DMPB) é doença por *Rickettsia* frequentemente causada por vírus da família Picornaviridae, gênero enterovírus humano. Coxsackievírus (CA) A16 e Enterovírus (EV) 71 são os mais frequentemente isolados. Em 97% dos casos, a DMPB afeta crianças menores de 10 anos. Os

tipos sorológicos A 5-7, A 10, B 1-3 e B5-B6 são algumas vezes isolados. De acordo com a literatura, CA A6 é o sorotipo mais frequente em adultos.<sup>1-6</sup>

A DMPB tem taxa de infecção alta. A transmissão de pessoa para pessoa ocorre através do contato direto com secreção nasal, saliva, fezes ou objetos contaminados. A doença geralmente aparece na forma de surtos epidêmicos na primavera, verão ou início do outono. O período de incubação é de três a seis dias. Depois de entrar em contato, o vírus se implanta na mucosa oral ou do íleo, daí espalhando-se para o sangue; isto é conhecido como viremia primária. Após 24 horas no sangue, o vírus começa a se espalhar para o tecido linfático e diferentes órgãos. A eliminação respiratória do vírus pode persistir por três semanas, e a eliminação digestiva, por oito semanas.<sup>2-5</sup>

Na maioria dos casos, principalmente em crianças, a DMPB apresenta-se como enantema, pápulas e/ou bolhas

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.03.012>

☆ Como citar este artigo: Di Prinzio A, Bastard DP, Torre AC, Mazzuocolo LD. Hand, foot, and mouth disease in adults caused by Coxsackievirus B1-B6. An Bras Dermatol. 2022;97:321–5.

☆☆ Trabalho realizado no Departamento de Dermatologia, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

\* Autor para correspondência.

E-mail: [anama.diprinzio@hospitalitalianodebuenosaires.org.ar](mailto:anama.diprinzio@hospitalitalianodebuenosaires.org.ar) (A.C. Torre).

**Tabela 1** Casos: Registro clínico, achados clínicos, laboratoriais, histopatológicos, diagnósticos, tratamento e isolamento do vírus

|   | Paciente 1                                       | Paciente 2  | Paciente 3  |
|---|--|---|---|
| <b>Sexo</b>                                 | Masculino  | Masculino   | Masculino   |
| <b>Idade (anos)</b>                         | 33   | 39  | 21  |
| <b>Antecedentes epidemiológicos</b>         | -  | Filha com DMPB uma semana antes   | -   |
| <b>Lesões muco-cutâneas</b>                 | Enantema oral e erupção maculopapular dolorosa   | Múltiplas máculas e pápulas purpúricas, bolhas pruriginosas e isoladas  | Enantema oral e úlceras orais, pápulas eritematosas múltiplas e bolhas pruriginosas e dolorosas |
| <b>Localização das Lesões Muco-cutâneas</b> | Couro cabeludo, face, tórax, mãos e pés (fig. 1) | Couro cabeludo, face, pavilhões auriculares, mãos, coxas e pés (fig. 2) | Mucosa oral, dorso da língua e palato duro, axilas, cotovelos, mãos e pés (fig. 3)              |
| <b>Sintomas sistêmicos</b>                  | Febre, odinofagia e mal-estar geral              | Febre, mialgia e orquite bilateral                                      | Odinofagia  |
| <b>Diagnóstico presuntivo</b>               | Sífilis e DMPB                                   | Sífilis, DMPB, e doenças bolhosas                                       | Sífilis, DMPB, nódulos do ordenhador, doenças bolhosas e erupção variceliforme de Kaposi        |
| <b>Dados laboratoriais</b>                  | Sem alterações                                   | Leucocitose (12000/mm <sup>3</sup> )                                    | Leucocitose (13100/mm <sup>3</sup> )  |
| <b>Sorologias</b>                           | VDRL e HIV não-reativas                          | HCV, HBV, VDRL, HIV, CMV, EBV, e parvovírus não reativas                | HCV, HBV, VDRL, HIV, CMV, EBV, HSV, HZV, <i>Mycoplasma</i> e parvovírus não reativas            |
|   | IgM para Coxsackievírus B1-B6 reativa            | IgM para Coxsackievírus B1-B6 reativa                                   | IgG para Coxsackievírus com aumento de 4x na titulação 15 dias depois                           |
| <b>Biopsia da pele</b>                      | -  | Compatível com infecção viral, provável DMPB (fig. 4)                   | Compatível com infecção viral, provável DMPB (fig. 5)   |
| <b>Diagnóstico</b>                          | Sorológico                                       | Sorológico e histopatológico  | Sorológico e histopatológico  |
| <b>Tratamento</b>                           | AINEs  | AINEs e tratamentos úmidos de bolhas desnudas                           | AINEs e gargarejos com lidocaína  |
| <b>Evolução clínica</b>                     | Resolução em 10 dias                             | Resolução em 15 dias  | Resolução em 20 dias  |
| <b>Complicações</b>                         | -  | Onicólise nas mãos e pés (dois meses depois)                            | -   |

DMPB, doença mão-pé-boca; HCV, vírus da hepatite C; HBV, vírus da hepatite B; VDRL, Venereal Disease Research Laboratory; HIV, vírus da imunodeficiência humana; CMV, citomegalovírus; EBV, vírus de Epstein-Barr; HSV, vírus do herpes-simplex; HZV, vírus do herpes-zóster.

nas mãos e nos pés, que podem desaparecer em uma a duas semanas.<sup>2</sup>

## Relato do caso

Três casos de DMPB são relatados em pacientes adultos. São descritos sua etiologia, manifestações clínicas, diagnóstico diferencial, abordagem diagnóstica, tratamento realizado e evolução clínica (tabela 1; figs. 1, 2, 3, 4 e 5).

## Discussão

A DMPB é doença viral incomum em adultos como resultado de imunidade cruzada com outros enterovírus e memória imunológica. Entretanto, um aumento de casos com apresentação clínica atípica e um diagnóstico difícil foram observados nessa faixa etária nos últimos anos.<sup>5</sup>

Diferente das publicações internacionais, os casos descritos no presente relato foram causados pelo Coxsackievírus B1-B6.

As manifestações clínicas da DMPB em adultos são diferentes das manifestações típicas observadas na infância, pois podem apresentar-se como bolhas e erupções cutâneas purpúricas, mais frequentemente graves e extensas.<sup>2-6</sup>

Na cavidade oral, a DMPB pode se apresentar como lesões que variam de enantema com bolhas a úlceras que podem acometer qualquer área da mucosa oral. Portanto, deve ser diferenciada de outras doenças que acometem a cavidade oral, como gengivostomatite herpética aguda (GEHA), estomatite aftosa recorrente (EAR), herpes simples e herpangina. Na GEHA e EAR, as lesões tendem a ser úlceras hemorrágicas que afetam as gengivas, a língua, o palato duro e, em alguns casos, a faringe. A herpangina apresenta-se como um enantema papulovesicular doloroso, que pode evoluir para pequenas úlceras amarelo-acinzentadas com



**Figura 1** Enantema oral.



**Figura 3** Múltiplas pápulas eritematosas, com áreas confluentes, localizadas nas mãos.



**Figura 2** Máculas e pápulas purpúricas eritematosas e bolhas isoladas, localizadas nos pés.

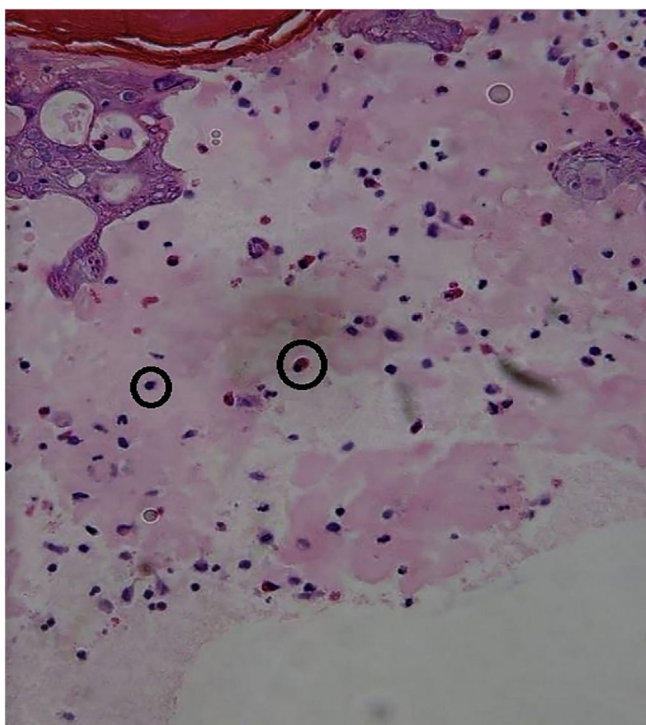
bordas eritematosas. Na maioria dos casos, afeta o palato mole, as tonsilas e a faringe posterior e geralmente é precedida por febre alta. Entretanto, nenhuma dessas doenças afeta simultaneamente as mãos e os pés como a DMPB.<sup>1-5,7</sup>

A erupção papulovesicular usual na DMPB afeta as mãos (dorso dos dedos, área interdigital, palmas das mãos) e os pés (parte superior dos dedos dos pés, bordas laterais dos pés, solas e calcanhares). A erupção é geralmente assintomática e aparece após as lesões orais. Essas manifestações obrigam ao diagnóstico diferencial com



**Figura 4** Biópsia de pele do braço mostrando hiperqueratose, espongiose intensa na epiderme (Hematoxilina & eosina, 40×).





**Figura 5** Observa-se a formação de bolhas serosas com eosinófilos e linfócitos. Derme papilar edemaciada com infiltração perivascular mononuclear (Hematoxilina & eosina, 400×).

herpes-zóster, varicela, síndrome de Gianotti-Crosti, nódulos de Orf e sífilis. Como observado nos pacientes descritos aqui, as manifestações cutâneas atípicas se estendem além das localizações clássicas da DMPB, afetando o dorso das mãos e a parte superior dos pés, membros, tronco, glúteos, região peribucal e couro cabeludo. As bolhas de herpes-zóster se distinguem por sua distribuição metamérica em grupos e por serem dolorosas. Na varicela, o acometimento cutâneo é caracterizado por sua distribuição cefalocaudal, com lesões pruriginosas em diferentes estágios de evolução. Na síndrome de Gianotti-Crosti, o exantema apresenta início súbito, com pápulas edematosas monomórficas, papulovesículas cor da pele ou rosa-avermelhadas distribuídas simetricamente na face, nádegas e superfícies extensoras dos membros, e geralmente não aparecem no tronco. Os nódulos causados pelo vírus Orf localizam-se principalmente nas mãos, apresentando-se como lesões maculopapulares eritematosas, que evoluem para lesões “em alvo” e, eventualmente, para nódulos azulados que podem ulcerar. Nas lesões de sífilis secundária, embora haja envolvimento palmoplantar, o tronco também pode ser acometido e geralmente não ocorrem bolhas.<sup>1-8</sup>

O diagnóstico de DMPB é tipicamente baseado em características clínicas. No entanto, em adultos e em casos de manifestações atípicas, geralmente são necessários estudos complementares para permitir a confirmação viral e descartar outros diagnósticos diferenciais.<sup>2-6</sup>

As sorologias de IgM e IgG devem ser solicitadas nos dias 0 e 15 para avaliar a soroc conversão. As culturas virais têm baixa sensibilidade.<sup>5</sup>

A biópsia de pele não é necessária para um diagnóstico preciso, mas é muito útil para descartar diagnósticos

diferenciais. Na histopatologia da DMPB, são observadas bolhas intraepidérmicas com conteúdo de neutrófilos, células mononucleares e material proteináceo eosinofílico. Também são observadas espongiose, degeneração reticular da camada granulosa e da parte superior do estrato espinhoso, necrose de grupos massa de ceratinócitos, exocitose de neutrófilos e degeneração hidrópica da camada basal. Esses achados auxiliam no diagnóstico, correlacionando-os com a apresentação clínica e os demais exames laboratoriais. A amplificação de DNA por meio de RT-PCR é o método preferido para um diagnóstico preciso de uma doença atípica, mas isso é realizado apenas em laboratórios de alta tecnologia e não está disponível em nossa instituição.<sup>3,5</sup>

O tratamento é sintomático. O paciente diagnosticado com DMPB é potencialmente contagioso enquanto apresentar lesões cutâneas. Portanto, devem ser excluídos das atividades de grupo e escolares até que a febre e as lesões da pele e mucosas desapareçam. Além disso, como medida preventiva, também é recomendado não compartilhar objetos ou utensílios e lavar as mãos meticulosamente para impedir a disseminação da doença.<sup>3</sup>

Esta entidade deve ser reconhecida tanto em crianças quanto em adultos para evitar investigações e tratamentos desnecessários.<sup>3-5</sup>

## Suporte financeiro

Nenhum.

## Contribuição dos autores

Anama Di Prinzio: Revisão crítica da literatura; obtenção, análise e interpretação dos dados; participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; concepção e planejamento do estudo.

Dolores Pilar Bastard: Revisão crítica da literatura; concepção e planejamento do estudo.

Ana Clara Torre: Participação efetiva na orientação da pesquisa; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; participação intelectual em conduta propedêutica e/ou terapêutica de casos estudados; revisão crítica do manuscrito; concepção e planejamento do estudo.

Luis Daniel Mazzuocolo: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica do manuscrito.

## Conflito de interesses

Nenhum.

## Referências

1. Mirand A, Peigue-Lafeuille H. Clinical characteristics and course of hand, foot, and mouth disease. *Arch Pediatr.* 2017;24:1036–46.
2. Stewart CL, Chu EY, Introcaso CE, Schaffer A, James WD. Coxsackievirus A6–induced hand foot-mouth disease. *JAMA Dermatol.* 2013;149:1419–21.

3. Omaña-Cepeda C, Martínez-Valverde A, Sabater-Recolons MM, Jané-Salas E, Marí-Roig A, López-López J. A literature review and case report of hand, foot, and mouth disease in an immunocompetent adult. *BMC Res Notes*. 2016;9:165.
4. Shin JU, Oh SH, Lee JH. A Case of Hand-foot-mouth Disease in an Immunocompetent Adult. *Ann Dermatol*. 2010;22:216–8.
5. Bennesch MA, Pardal PF, Salvaneschi B. Enfermedad mano-pie-boca del adulto, emergencia del Coxsackie A6. *Dermatol Argent*. 2017;23:183–7.
6. Kaminska K, Martinetti G, Lucchini R, Kaya G, Mainetti C. Coxsackievirus A6 and Hand, Foot and Mouth Disease: Three Case Reports of Familial Child-to-Immunocompetent Adult Transmission and a Literature Review. *Case Rep Dermatol*. 2013;5: 203–9.
7. Yao X, Bian LL, Lu WW, Li JX, Mao QY, Wang YP, et al. Epidemiological and etiological characteristics of herpangina and hand foot mouth diseases in Jiangsu. China, 2013-2014. *Hum Vaccin Immunother*. 2017;13:823–30.
8. Panizzardi AA, Luna PC, Abad ME, Vargas A, Plumet J, Casas J, et al. Infección por parapoxvirus: orf y nódulo de los ordeñadores. *Dermatol Arg*. 2018;24:141–4.