

## CASOS CLÍNICOS - Exantemáticas. Raiva. Tétano

**1 - Uma criança, pré – escolar, da zona rural é atendida pela primeira vez em uma unidade básica de saúde (UBS). Apresenta-se com quadro de febre acompanhado de prostração e sintomas catarrais, congestão de vias aéreas superiores, conjuntivite e tosse. Ao exame físico foram encontradas manchas esbranquiçadas puntiformes em mucosa oral e gengiva. Qual diagnóstico mais provável neste caso?**

Sarampo. Febre + exantema acompanhada de um ou mais sintomas: tosse e ou coriza e ou conjuntivite, independente da idade e situação vacinal. O exantema é maculopapular e não pruriginoso!

**Manchas brancas na gengiva: sinal de Koplik** – patognomônico de sarampo. Aparecem 24 horas antes do exantema e somem rapidamente.

A vacina não é 100% eficaz, mesmo pacientes vacinados podem pegar.

O tratamento é sintomático, devemos ficar atento as complicações, principalmente encefalite, pneumonia e infecções secundárias.

**2 - Menino, 4 anos, com história de febre alta há 24 horas, acompanhada de cefaléia e dor de garganta. Ao exame apresentava enantema (erupção da membrana mucosa) da mucosa oral e exantema micropapular difuso, mais intenso nas dobras, associado de palidez perioral. Qual o diagnóstico mais provável neste caso?**

Escarlatina. Dor de garganta.

A característica específica é o quadro de dor de garganta antes, exantema micropapular, mais nas dobras – sinal de Pastia. Na boca, a palidez perioral é sinal de Felatov.

O tratamento deve ser feito porque é causada por uma bactéria que pode dar outras complicações – febre reumática, glomerulonefrite. Geralmente penicilina é suficiente, ou amoxicilina ou beta lactâmicos.

O diagnóstico é geralmente clínico.

O exantema é provavelmente reação de hipersensibilidade aos ags do estreptococos. Não necessariamente há o agente, mas há reação de sensibilidade. Se tiver dor de garganta, a chance de ter o agente é grande. Não tem toxina.

Para ter sarampo – transmissão respiratória e eficácia da vacina é de 95% (1 dose aos 12 meses e reforço aos 5 anos). Quem desenvolve a doença são os 5% ou quem não vacinou. A imunidade é permanente.

**3 – Menino de 6 anos apresenta quadro de febre, associado a lesões maculopapulares avermelhadas que se iniciaram na face e após 2 dias atingiram tronco e membros, de aspecto rendilhado. As lesões acentuam-se com sol. Qual diagnóstico mais provável?**

Eritema infeccioso. As lesões maculopapulares iniciam na face (1ª fase) (bochechas vermelhas – face em bofetada) e tem 3 fases. A 2ª fase tem uma lesão com aspecto rendilhado (o centro fica claro e as bordas avermelhadas). A 3ª fase é a fase de convalescença e há mudança na característica do rash – se tiver exposição ao sol, exercício, há piora.

É causada pelo parvovirus B19. Além do quadro infeccioso, pode causar anemia porque infecta megacariócitos da medula óssea. Face em bochecha é o início. Acentua com calor, estresse, atividade física. No Lupus o exantema aparece com a exposição.

Doenças comuns até 5 a 6 anos e são auto-limitadas, se for com 15 a 20 dias de quadro – já está fora das doenças exantemáticas – deve-se pesquisar. Essas doenças são todas agudas e auto-limitadas.

***4 – Adolescente de 15 anos, sexo feminino, iniciou há quatro dias quadro de febre baixa e dores pelo corpo. Há 2 dias iniciou erupção discreta eritematosa, maculopapular e não coalescente em face e espalhou-se por todo corpo. No momento o exantema diminuiu de intensidade, mas a paciente começou a se queixar de dores no joelho. Ao exame físico, além do exantema observou-se aumento de linfonodos cervicais posteriores e retroauriculares. Qual o diagnóstico mais provável?***

Rubeola. Exantema crânio caudal, começa no tronco e é bem clarinho, rosinha. Não tem sintomas catarrais, linfonodos retroauriculares, cervicais e occipitais aumentados. É comum ter artralgia em mulheres, principalmente devido aos imunocomplexos. Qto maior a idade, maior a chance de ter imunocomplexos.

A característica é o exantema clarinho, os linfonodos retroauriculares, a deposição de imunocomplexos – artralgia. Não tem edema, calor, é apenas dor nas juntas, não tem quadro de artrite. Paciente vacinado pode adquirir a doença. A taxa de soroconversão é de 90%, sendo menor na rubéola do que no sarampo. Cuidado com mulheres em idade fértil!!!

***5 – Criança de 6 anos internou com quadro de pneumonia. No sexto dia de internação começou a apresentar lesões vesico-croscosas pruriginosas disseminadas pelo corpo. Estava internada com outras duas crianças no quarto, uma delas fazendo quimioterapia e a outra criança internada com crise asmática. Quais medidas de prevenção devo adotar neste caso?***

Varicela.

A transmissão é por aerossol e o contato com as crostas.

A primeira pergunta a fazer é se as crianças já tiveram catapora. O que tem a catapora deve ser isolado em um quarto sozinho.

Medida para os outros 2 → vacina até 72 horas após o contato eu posso usar e pode ser efetiva. O menino com crise asmática, não o considerando imunodeprimido, não está usando corticóide – posso dar apenas a vacina.

O menino que está fazendo quimio é imunossuprimido, ele pode pegar varicela e pode ser muito grave, logo tenho que dar Ig para evitar que ele pegue a

doença porque pode ser muito grave, a vacina só estimula o sistema imune e se ele não está bom, a vacina não adianta.

Isso ocorre mais no final do inverno e início de primavera.

Todas as crianças internadas abaixo de 2 kg são consideradas imunodeprimidas e devem tomar Igs.

**6 - Menino, 8 anos, foi mordido na mão por cachorro desconhecido que fugiu logo após o acidente. Qual a melhor conduta a ser tomada neste momento?**

Raiva – evitar a raiva. Devo lavar o ferimento, não dar ponto, tenho que fazer vacina e soro. Quando morde Mao, região da cabeça e pés, é caso grave, então tenho que fazer sorovacinação, principalmente se o cachorro subiu. Esses locais são mais graves porque o vírus chega ao SNC por transporte axonal retrogrado.

Se eu observar o cachorro por 10 dias – iniciar a vacina. Se deu esse tempo e o cachorro não ficou doente, pode parar com a vacina.

Não há indicação de antibioticoterapia como profilaxia, apenas se tiver sinal de infecção.

Observar se o paciente é vacinado ou não. Se não for, dar a vacina de tétano.

Lembrar principalmente sobre os casos graves.

Soro intratecal → existem alguns trabalhos que dizem que deve-se usar esse soro quando o paciente já está com raiva, mas não dá muito certo. O soro deve ser dado EV.

A pessoa começa com febre, discreta confusão mental, agitação psicomotora, sialorreia, e vai evoluindo. As vezes pode aparecer até quadro psicótico, fica agitada ora agressiva ora torporosa. Há hidrofobia, pode ou não convulsionar, fica cada vez mais agressiva, tem que sedar. O paciente fica hiperestimulado, qualquer mínimo estímulo pode estimular.

Acidentes com animais de baixo risco → 2 ou 3 doses de vacina. Mas geralmente com rato não fazem nada. Alguns por segurança fazem 2 ou 3 doses de vacina, mas jamais fazer soro.

Contato com morcego, fazer profilaxia!

A mortalidade é muito alta.

Em grávidas, deve dar vacina, mesmo que não é tão indicado, porque senão morre ela e o feto.

**7 - Trabalhador rural, 68 anos, chega ao PS após cortar a mão com a enxada. O ferimento é profundo e o paciente não se lembra a última vez que tomou vacina. Qual a melhor conduta neste momento?**

Deve-se lavar o ferimento com água e sabão. Geralmente não fecha esse tipo de ferimento, mas depende da profundidade.

Paciente idoso, 68 anos, principal fator de risco, porque faz muito tempo que não toma a vacina, provavelmente não tem mais imunidade.

O soro deve ser aplicado na ferida porque é onde esta sendo produzida a toxina naquele momento. A partir do momento que a toxina já chegou no nervo, não adianta mais dar o soro. Aplicar o soro na ferida e o que sobrar, colocar IM.

E também devo vacinar o paciente.

Se o paciente pegou o tétano, o tratamento é só sintomático.

No tétano, o que causa os sintomas é a toxina tetânica. Quando a toxina já chegou no SN não tem como voltar atrás. O tratamento é de suporte, traqueo, UTI, benzodiazepínico, mínimo de estímulo possível, até o paciente recuperar. A letalidade é em torno de 30%, principalmente se for tratado. Muitas vezes o paciente pode morrer devido as complicações porque fica muito tempo na UTI.

O hospital de urgência e trauma da cidade deve ter o soro para aplicar no paciente.