

CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO JOSÉ
CURSO DE ODONTOLOGIA

BRUNA DE OLIVEIRA MARTINS
CAROLINA VIEIRA DE PINHO CABRAL
NATHALIA DE SOUZA AQUINO

CAMILA OLIVEIRA BORGES FRAZÃO

MANIFESTAÇÕES ORAIS DAS PRINCIPAIS INFECÇÕES VIRAIS DA
INFÂNCIA

Rio de Janeiro

2021

MANIFESTAÇÕES ORAIS DAS PRINCIPAIS INFECÇÕES VIRAIS DA INFÂNCIA

ORAL MANIFESTATIONS OF THE MAIN VIRAL INFECTIONS OF CHILDHOOD

Bruna de Oliveira Martins

Graduanda do Curso de Odontologia do Centro Universitário São José

Carolina Vieira de Pinho Cabral

Graduanda do Curso de Odontologia do Centro Universitário São José

Nathalia de Souza Aquino

Graduanda do Curso de Odontologia do Centro Universitário São José

Camila Borges de Oliveira Frazão

Mestre em Odontologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF)

Especialista em Odontopediatria pela Odontoclínica Central do Exército (OCEx)

RESUMO

Devido ao seu sistema imunológico imaturo, pacientes pediátricos são expostos facilmente a diversas infecções virais que na maioria das vezes são inofensivas. Em sua maioria, as doenças exantemáticas da infância apresentam características clínicas semelhantes, o que gera dificuldade na obtenção de diagnóstico. No entanto, elas demonstram alterações específicas na cavidade oral que podem ser identificadas pelo cirurgião dentista. Essa revisão de literatura tem como objetivo abordar a epidemiologia, etiologia, prevenção, transmissão, manifestações clínicas e orais, diagnóstico, e tratamentos das principais infecções virais da infância. Conclui-se que o Cirurgião Dentista deve conhecer os sinais, sintomas e evolução das manifestações orais dessas infecções para realizar o diagnóstico correto.

Palavras-chave: diagnóstico, manifestações orais e infecções virais

ABSTRACT

Due to their immature immune system, pediatric patients are easily exposed to various viral infections that are most often harmless.

Most childhood exanthematic diseases have similar clinical characteristics, which generates difficulty in obtaining a diagnosis. However, they demonstrate specific changes in the oral cavity that can be identified by the dentist. This literature review aims to address the epidemiology, etiology, prevention, transmission, clinical and oral manifestations, diagnosis, and treatments of the main viral infections of childhood.

It is concluded that the Dentist should know the signs, symptoms and evolution of oral manifestations of these infections to perform the correct diagnosis.

Keywords: diagnosis, oral manifestations and viral infections.

INTRODUÇÃO

São denominadas como doenças exantemáticas, as infecções virais de caráter sistêmico que apresentam em seu quadro clínico manifestações cutâneas ao longo da superfície do corpo (GONÇALVES, 2010). Essas manifestações cutâneas são geralmente compostas por máculas ou pápulas, que acometem uma região limitada ou todo o corpo, e demonstram variados aspectos, podendo se apresentar em formato irregular e edemaciado, associado ou não com prurido, descamação, lesões bolhosas e crostas (SILVA, 2012).

Ainda que evidente o avanço das técnicas de diagnóstico e a diminuição do índice de ocorrência de algumas doenças resultante da imunização (AMORIM, 2017), o acometimento de crianças por doença exantemática é considerado um dos quadros mais comuns na prática médica. A variedade etiológica das doenças exantemáticas associadas a inespecificidade de suas erupções cutâneas causam a necessidade de uma abordagem diagnóstica sistemática, abrangendo exame clínico amplo (SILVA, 2012).

Na maior parte das vezes as doenças exantemáticas se manifestam de forma inofensiva, entretanto em determinadas contaminações, podem apresentar agravos, como no caso da rubéola, que possui a capacidade de induzir defeitos congênitos no feto em desenvolvimento (NEVILLE, 2016).

As principais doenças exantemáticas frequentes em pacientes pediátricos compreendem manifestações orais específicas, que permitem o diagnóstico diferencial entre elas. Sendo assim, a Odontologia deve estar direcionada a abordagem clínica dessas infecções virais (MOURÃO, 2019).

Há mais de 100 anos, foram descritas e numeradas, de acordo com a ordem de aparecimento, o grupo de doenças exantemáticas clássicas da infância. Estas são 6: sarampo (primeira doença), a escarlatina (segunda doença), a rubéola (terceira doença), doença do duque (quarta doença), eritema infeccioso (quinta doença), e exantema súbito (sexta doença). Atualmente, a quarta doença não é considerada uma doença exantemática (WHO, 2011).

Neste estudo será abordado as doenças exantemáticas da infância clássicas com manifestações orais (sarampo, escarlatina e rubéola) e duas doenças exantemáticas da infância não clássicas (varicela e doença de mão-pé-boca), devido à sua elevada prevalência (RAMOS, 2016).

Em decorrência das complicações ocasionadas da transmissão interpessoal das principais doenças exantemáticas da infância e da presença de alterações intraorais, é essencial o conhecimento das manifestações orais dessas infecções pelo cirurgião-dentista que ao detectar de maneira precoce a patologia e diagnosticá-la, garante um bom prognóstico a longo prazo (SILVA, 2010).

O tema do presente trabalho foi escolhido com base na relação da Odontologia com as infecções virais da infância devido as suas manifestações orais, e tem como objetivo descrever as principais características do Sarampo, Rubéola, Escarlatina, Varicela e Herpes Simples, de forma a elucidar o cirurgião dentista sobre a importância do seu papel no diagnóstico dessas infecções virais.

Portanto, torna se necessário evidenciar as características dessas patologias assim como sua epidemiologia, etiologia e tratamento. É de grande importância que o cirurgião-dentista conheça as fases evolutivas dessas infecções e suas manifestações orais para que possa realizar o correto diagnóstico e plano tratamento dessas patologias.

Para o desenvolvimento desse estudo sobre as manifestações orais das principais infecções virais da infância, foi feito um levantamento bibliográfico baseado

em artigos entre o período de 2010 a 2019, utilizando base de dados do PubMed e Google Acadêmico.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

As infecções que acometem a cavidade bucal de crianças são bem comuns, principalmente na infância. Dentre as principais patologias, destacam-se as infecções virais e fúngicas. Nas épocas mais frias do ano é necessário observar estas manifestações infecciosas, pois os microrganismos encontram clima favorável para sua propagação (ARAÚJO, 2020).

Na infância, temos um sistema imunológico em maturação, onde o bebê é susceptível a amplas manifestações virais, fúngicas e bacterianas. Assim é objetivo deste trabalho, realizar uma abordagem das principais manifestações bucais na infância, seu tratamento, diagnóstico, etiologia e características clínicas de suma importância para o clínico geral e também para o dentista (ARAÚJO, 2020).

As doenças virais de maior interesse para odontologia são herpes, varicela, herpes zoster, mononucleose infecciosa, papiloma, sarampo, caxumba, rubéola, hepatites virais e AIDS. No entanto, neste trabalho a ênfase é direcionada para viroses com repercussões orais, como: sarampo, rubéola, herpes, varicela-zoster e AIDS, relevantes para conhecimento de profissionais de odontologia, já que, são doenças que causam impacto direto na vida do ser humano (MOURÃO, 2019).

As doenças exantemáticas da infância continuam a ocorrer com frequência, e mesmo com o combate contra algumas dessas doenças e redução significativa do número de casos por meio da vacinação universal, estas ainda representam um grande desafio médico (RAMOS, 2016). Ainda que na maior parte das vezes as infecções virais apresentem caráter inofensivo, em caso de infecção de determinados indivíduos, estas podem se desenvolver de forma mais perigosa. Essas doenças exantemáticas da infância apresentam entre si manifestações gerais semelhantes, sendo uma delas o surgimento de erupções cutâneas por todo o corpo, trazendo dificuldade diagnóstica à

área médica e odontológica. No entanto, as mesmas patologias podem ser diferenciadas pelas manifestações orais específicas de cada doença, sendo identificadas pelo cirurgião-dentista, que deve estar esclarecido em relação às manifestações gerais e orais das principais doenças ao prestar os cuidados primários (SILVA, 2010).

1 .1 Sarampo

1. 1. 1. Epidemiologia

O sarampo é uma doença infecciosa, altamente contagiosa, considerada causa de morbidade e mortalidade de crianças em países em desenvolvimento, ao passo que se tornou mais rara em países desenvolvidos devido à vacinação (XAVIER, 2019).

Mesmo com a disponibilidade de um calendário básico de vacinação coordenado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), o sarampo é uma das principais causas de morbimortalidade entre crianças menores de 5 anos de idade, sobretudo aquelas desnutridas e que vivem em países de baixa renda. A incidência, a evolução clínica e a letalidade do sarampo são influenciadas pelas condições socioeconômicas, estado nutricional e imunitário do doente, situações agravadas pela aglomeração em lugares públicos e em pequenas residências (MOURA, 2018).

1.1.2. Etiologia

O sarampo é definido como uma doença infecciosa da pele e dos sistemas respiratório e imunitário, extremamente contagiosa, causada por um vírus de RNA de fita simples da família paramixovírus, gênero Morbillivirus (NEVILLE, 2016).

1.1.3. Prevenção

Inexiste tratamento específico para sarampo, portanto, no Brasil, a principal forma de combate se dá através da vacinação disponibilizada por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo priorizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) a vacinação de crianças, adolescentes e adultos de até 49 anos de idade, com a finalidade de impedir novos casos e conferir imunidade a indivíduos não vacinados, seguindo às indicações do Calendário Nacional de Vacinação (SOUZA, 2020).

1.1.4. Transmissão

A transmissão do vírus se dá de pessoa para pessoa, através de secreções nasofaríngeas expelidas por tosse, espirro, fala ou respiração. Sua transmissão pode ocorrer dentro de quatro a seis dias antes ou quatro dias após o início do aparecimento de erupções cutâneas. Apesar de existir a possibilidade de contágio em recém-nascidos de mães suscetíveis, o sarampo é relativamente raro nos primeiros seis meses devido à transferência transplacentária de anticorpos maternos (XAVIER, 2019).

1.1.5. Manifestações Clínicas

As manifestações clínicas do sarampo são divididas em quatro fases apresentadas durante o desenvolvimento da doença, sendo elas: a de incubação, a prodrômica, a exantemática e a de recuperação. Ao entrar em contato com indivíduos infectados dentro do período de quatro a seis dias antes ou quatro dias após o início do surgimento de exantemas, a transmissão pode ocorrer, e mais de 90% das pessoas expostas desenvolverão a doença (XAVIER, 2019).

A primeira fase é o período de incubação, que dura em torno de 10-14 dias e geralmente se dá de forma assintomática; seguida da fase prodrômica da doença, que é marcada primeiramente por sintomas não específicos, sendo eles: febre branda e posterior quadro de conjuntivite, coriza, fotofobia, mal-estar e tosse, tendo duração de 2-8 dias. No final desse período, em alguns pacientes, ainda podem ser evidenciadas as manchas de Koplik (pequenos pontos brancos amarelados na mucosa bucal, na altura do terceiro molar, antecedendo o exantema), entre 24-48 horas antes da manifestação dos exantemas. Há também a fase exantematosa, que é assinalada por, dentre outros sintomas, exantemas na face e na parte superior do tronco. Por último, tem-se a fase de recuperação, que é um período em que a erupção começa a diminuir, podendo deixar uma fina descamação na pele. No decorrer da fase exantemática, de 3-4 dias após o início da febre, se tem a origem do exantema maculopapular, que acomete inicialmente a região da face e, posteriormente se espalha por todo o corpo, permanecendo por cerca de três dias. O quadro de recuperação clínica ocorre em aproximadamente uma semana em casos não complicados (XAVIER, 2019).

1.1.6. Manifestações Oraís

A principal manifestação oral do sarampo são as manchas de Koplick que são sinais patognomônicos da doença, presente em de 70% dos indivíduos acometidos; estas se apresentam como elevações esbranquiçadas, acinzentadas ou azuladas com base eritematosa, encontradas geralmente próximo aos molares, com cerca de 1-3 mm. Em pacientes adultos são incluídas outras manifestações, como: candidose, gengivite ulcerativa, estomatite necrosante e pericoronarite (SILVA, 2010).

1.1.7. Diagnóstico

Todos os casos suspeitos devem ser imediatamente comunicados à entidade local de saúde pública (SILVA 2010). O diagnóstico é obtido através de sorologia, que detecta as imunoglobulinas específicas do sarampo; IgM e IgG, produzidas durante a resposta imunitária primária (RAMOS 2016). Em casos de sarampo, o IgM é detectado de 3-30 dias após o aparecimento erupções pela enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). Em indivíduos imunizados que foram reinfectados pelo vírus, o resultado pode apontar IgM negativo, nesse caso é feito exame de sangue adicional de 7-10 dias para identificar o aumento de anticorpos. É realizado a análise de IgG, que quando aumentada 4 vezes sua concentração, pode diagnosticar a doença. Este teste deve ser feito diversas vezes, com intervalos de 2-4 semanas (SILVA, 2010).

1.1.8. Tratamento

A vacinação é um instrumento muito importante no combate e prevenção desta doença e na diminuição da sua morbidade e mortalidade. Não existe forma de tratamento específico para a doença, portanto a abordagem utilizada é a de suporte e tratamento adicional para sarampo com inclusão de IgG, Ribavirina e Vitamina A (SILVA, 2010).

1.2 Varicela

1.2.1 Epidemiologia

A Varicela-Zoster é uma doença de caráter viral, que embora em maior parte dos casos se apresente de maneira benigna (MOTA, 2014), é uma importante causa de morbidade entre as diversas faixas etárias, acometendo principalmente crianças. Antes do desenvolvimento de uma vacina eficaz, nos Estados Unidos era apresentado a incidência de casos de varicela de aproximadamente 4 milhões, sendo a maioria dos casos acometendo crianças com menos de 10 anos de idade. Com o início da imunização universal contra o vírus nos EUA no ano de 1995, o número de casos decaiu em todos os grupos etários e a prevalência dos casos mudou para a faixa de 10-14 anos de idade. O declínio da doença se deu essencialmente através da grande cobertura vacinal, que proporcionou uma queda de 90% da incidência de varicela entre os anos de 1995 para 2005, contando com declínio adicional a partir de 2006, onde foi implementado o regime vacinal de duas doses; que colaborou para a prevenção anual de 3,5 milhões de casos de varicela, 9.000 hospitalizações e 100 mortes nos Estados Unidos (NEVILLE, 2016).

1.2.2 Etiologia

A Varicela, conhecida popularmente como catapora, é uma doença infecciosa primária causada pelo vírus da varicela-zoster (VZV), que permanece em seu período de latência nos gânglios do paciente infectado, e sua recidiva se dá através do vírus herpes-zoster, que é a segunda manifestação mais comum (NEVILLE, 2016).

1.2.3 Prevenção

A prevenção contra a infecção e transmissão do vírus varicela-zoster (VZV) teve início no Brasil em 2013, com a vacinação universal por meio do Programa Nacional de Imunizações (PNI). A eficácia da vacina varia de 70% a 90%, demonstrando potencial de alteração na mudança de perfil epidemiológico da doença, influenciando também a incidência de infecção secundária por herpes-zoster (HHV-3) (MOTA, 2014).

1.2.4 Transmissão

A transmissão do vírus é causada pelo contato direto com as manifestações cutâneas (exantema) ou por meio da disseminação aérea, sendo transmitido no período de 1-2 dias antes do surgimento dos sintomas, onde a doença apresenta maior grau de contágio (SILVA, 2010).

1.2.5 Manifestações Clínicas

Em consequência da vacinação universal, a doença passou a ser apresentar de maneira menos branda, sendo a maioria de casos novos da doença representados por uma infecção atenuada; que consiste na infecção de indivíduos previamente imunizados. A forma atípica da doença atenuada demonstra menor frequência de transmissão em relação a infecção sintomática presente em indivíduos que não foram vacinados, no entanto, estas contam com maior dificuldade de diagnóstico. Em indivíduos não imunizados, durante a fase sintomática da infecção primária por varicela-zoster (VZV) é comum o começo de quadros de mal-estar, rinite e faringite. Em pacientes infantis com mais idade e nos adultos, são notados outros sintomas, tais

como: cefaleia, mialgia, náusea, anorexia e vômitos. Após a fase sintomática ocorre o surgimento do característico exantema prurítico, que acomete inicialmente a região da face e tronco, envolvendo posteriormente as extremidades (NEVILLE, 2016).

1.2.6 Manifestações Orais

Na manifestação oral da doença, a prevalência das lesões está relacionada à gravidade da infecção. As lesões gengivais podem aparecer ocasionalmente, sendo semelhantes às lesões observados em infecções primárias por HSV, no entanto podem ser diferenciadas pela tendência indolor das lesões de varicela. Podem surgir também ulcerações orais em casos mais graves da doença. As regiões de maior envolvimento são borda do vermelhão do lábio e palato, desenvolvendo vesículas branco-opacas como principal manifestação (NEVILLE, 2016).

1.2.7 Diagnóstico

A base do diagnóstico da varicela é realizado através da análise clínica e morfológica da doença, assim como da verificação da exposição ao vírus. No caso de dúvida, a obtenção do diagnóstico é confirmada pela detecção do patógeno, através dos exames PCR, hibridização de DNA, cultura, imunofluorescência direta ou testes sorológicos, como: ELISA, testes de imunofluorescência indireta (SILVA, 2010).

1.2.8 Tratamento

Por não existir tratamento específico para doenças virais, é realizado o tratamento de suporte, focando em aliviar os sintomas. Para a febre é indicado o uso de Paracetamol, são administrados fluidos para manter a hidratação e medicamentos tópicos para diminuir o incomodo causado pelas erupções. Em pacientes de risco e em recém-nascidos expostos ao VZV, é essencial o tratamento com Aciclovir intravenoso, enquanto que em pacientes com condições saudáveis não tem a necessidade de administração do antiviral. Ainda que em pacientes saudáveis não seja mandatário a administração do fármaco, o tratamento com Aciclovir oral resultou na redução da duração da febre e redução da agressividade dos sinais e sintomas sistêmicos e cutâneos, quando administrados nas primeiras 24 horas da doença (SILVA, 2010).

1.3 Rubéola

1.3.1 Epidemiologia

A Rubéola foi adicionada na lista de doenças de notificação compulsória no Brasil na segunda metade da década de 90. Em 1997, no mesmo ano da epidemia do Sarampo, foram notificados cerca de 30 mil casos de Rubéola. Entre 1999 a 2001 aconteceram surtos desta doença em vários estados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Em 2002, ocorreram 1.480 casos de Rubéola no Brasil, o que corresponde a um decréscimo de 95% quando comparados à incidência de 1997. As taxas de incidência no sexo feminino, em 2002, ficaram em 1/105 mulheres tanto na faixa etária de 15 a 19 como de 20 a 29 anos. Em 2003, foram confirmados 561 casos de Rubéola entre os 16.036 casos suspeitos notificados, demonstrando a alta sensibilidade e especificidade do sistema de vigilância (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Em 2001 e 2002, foi realizada a campanha de vacinação em massa destinada as mulheres em idade fértil. Nesse mesmo ano, foi introduzida vacina dupla ou tríplice viral no calendário básico de imunização, processo iniciado em 1992. O fortalecimento da vigilância do sarampo e da Rubéola revelou a necessidade de controle e prevenção da SRC (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

1.3.2 Etiologia

A rubéola é uma doença viral branda, produzida pelo vírus da família Togavirus, gênero Rubivirus (NEVILLE, 2016).

O agente infeccioso da Rubéola é um vírus pertencente ao gênero Rubivirus, família Togaviridae (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

1.3.3 Transmissão

A transmissão ocorre normalmente no inverno e primavera, a contaminação é através de gotículas respiratórias, e pode ser transmitida para quase 100% dos indivíduos do convívio próximo do infectado. O período de incubação varia de 14 a 21 dias, e os pacientes contaminados são infectantes a partir de 1 semana antes do exantema até 5 dias após o desenvolvimento das erupções (NEVILLE, 2016).

1.3.4 Manifestações Clínicas

As manifestações são caracterizadas por exantema papular e puntiforme difuso, se inicia na face, couro cabeludo e pescoço, e posteriormente se espalha pelos troncos

e membros. Apresenta linfadenopatia retroauricular e febre baixa. Adultos e adolescentes podem apresentar febre baixa, cefaleia, artralgias e mialgias em período prodrômico. Em crianças, formas inaparentes são frequentes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Tem como complicação mais comum, a artrite, que pode aumentar a frequência conforme a idade. E complicações raras, encefalite e trombocitopenia (NEVILLE, 2016).

1.3.5 Manifestações Orais

São observadas em 20% dos casos, as lesões orais chamadas de sinal de Forchheimer, onde são observadas pequenas pápulas, discretas, vermelho-escuras que se desenvolvem no palato mole e podem se estender ao palato duro. Podem se tornar evidente cerca de 6 horas após os primeiros sintomas da doença e não permanecem por mais de 12 a 14 horas (NEVILLE, 2016).

1.3.6 Diagnóstico

É obtido através de exames laboratoriais, tendo a análise sorológica como principal meio de diagnóstico, pois na maioria das vezes as manifestações clínicas são leves ou inespecíficas (NEVILLE, 2016).

1.3.7 Tratamento

Em geral, não é necessário, porém, medicações antipruriginosas e antipiréticas sem aspirina podem ser úteis nos pacientes com febre significativa e envolvimento

cutâneo sintomático. Pode ser considerada em paciente gestante que rejeita o aborto, a administração de imunoglobulina nos primeiros dias de exposição para diminuir a gravidade da infecção (NEVILLE, 2016).

1.4 Escarlatina

É causada pelo estreptococo B hemolítico do grupo A. A doença ocorre mais frequentemente associada à faringite e, ocasionalmente, aos impetigos. Atualmente, a forma toxêmica grave é pouco comum (BEPA, 2007).

1.4.1 Epidemiologia

Pode ocorrer em qualquer idade, sendo mais frequente em escolares entre 5 e 18 anos. É rara no lactente, provavelmente devido à transferência de anticorpos maternos contra a toxina eritrogênica. Acomete igualmente ambos os sexos. A maior taxa (11,3%) de portadores sadios ou assintomáticos de estreptococos do grupo A encontra-se na faixa etária de crianças, de ambos os sexos, enquanto para adultos a taxa é de 0,8% (BEPA, 2007).

A distribuição é universal, com maior incidência no final do inverno e início da primavera (BEPA, 2007).

1.4.2 Etiologia

Segundo Mahanan VK e Sharma NL citado por Nídia Abreu no ano de 2010 na página 23, esta patologia é provocada por uma toxina produzida pelo streptococcus

hemofílico do grupo A. É transmitida diretamente de uma pessoa para outra por gotículas de saliva, ou por meio de objetos contaminados. Esta pode manifestar-se mais do que uma vez já que existem 3 toxinas produtoras do eritema de reação imunológica não cruzada. Normalmente a porta de entrada é pelo trato respiratório superior. Habitualmente, os locais de replicação deste patógeno são a faringe e as amígdalas. A escarlatina normalmente tem um período de incubação de 4 dias. Apesar de clinicamente indistinguível, a escarlatina pode seguir a infecção estreptocócica da pele, tecidos moles, feridas cirúrgicas (isto é, escarlatina cirúrgica), ou do útero (escarlatina puerperal). A libertação da toxina pelo streptococcus é que leva à erupção patognomónica da escarlatina, lesões locais revelam uma característica reação inflamatória, especificamente hiperemia, edema e infiltração das células polimorfonucleares.

1.4.3 Transmissão

A transmissão da escarlatina dá-se por contato direto e próximo com paciente que apresenta a faringoamigdalite estreptocócica aguda, por intermédio de gotículas de saliva ou secreções nasofaríngeas. Aglomerações em ambientes fechados, como creches e escolas, principalmente nos meses frios, e após ou concomitante a quadros de varicela e feridas cirúrgicas infectadas favorecem a transmissão, podendo levar ao aparecimento de surtos (BEPA, 2007).

Os portadores assintomáticos do estreptococo β hemolítico do grupo A raramente são transmissores a seus comunicantes, e apresentam menos complicações supurativas do que os não-portadores. A taxa de portadores assintomáticos entre adultos é consideravelmente baixa. Em pacientes sem tratamento, os microrganismos podem permanecer por muitas semanas, apesar dos sinais e sintomas da doença diminuírem em poucos dias (BEPA, 2007).

1.4.4 Manifestações Clínicas

Na escarlatina ocorre um curto período prodrômico, geralmente de 12 a 24 horas, no qual pode ocorrer febre alta, mal-estar geral, anorexia e astenia; sintomas estes que podem estar acompanhados de náuseas, vômitos e dor abdominal, especialmente em crianças. Após esse período, o paciente pode apresentar faringoamigdalite com exsudato purulento e adenomegalia cervical (BEPA, 2007).

A erupção de pele surge tipicamente após 12 a 48 horas, manifestando-se como um exantema micro papular, iniciando-se no peito e expandindo-se para o tronco, pescoço e membros, poupando as palmas das mãos e as plantas dos pés (BEPA, 2007).

A faringoamigdalite, a erupção e a febre, assim como as outras manifestações clínicas, desaparecem em torno de uma semana, seguindo-se um período de descamação, característico da escarlatina (BEPA, 2007).

A apresentação clássica da escarlatina é incomum em pacientes com menos de 3 anos de idade, que geralmente apresentam quadros atípicos, com sinais e sintomas inespecíficos, como febre baixa, irritabilidade, anorexia e adenite cervical (BEPA, 2007).

1.4.5 Manifestações Orais

O paciente pode apresentar dor ao deglutir, enantema em mucosa oral acompanhado de alteração na língua. Nos primeiros dias, a língua se reveste de uma camada branca, com papilas protuberantes que se tornam edemaciadas e avermelhadas. Após um ou dois dias a camada branca se descama, ressaltando as papilas hipertrofiadas e avermelhadas (língua em framboesa) (BEPA, 2007).

1.4.6 Diagnóstico

Conforme Mahanan VK e Sharma NL citado por Nídia Abreu no ano de 2010 na página 23, o diagnóstico é feito através de testes bacteriológicos. A história recente de contato direto com um indivíduo com uma infecção por streptococcus pode ajudar no diagnóstico.

1.4.8 Tratamento

Pode ser iniciado até oito dias após o início do quadro, e as penicilinas continuam sendo o tratamento de escolha para a escarlatina. Devem ser usadas, a menos que o paciente seja alérgico. Pode ser usada a forma de penicilina G benzatina, nas doses de 600.000 UI, intramuscular, para crianças menores de 25 quilos, e 1.200.000 UI para maiores de 25 quilos e adultos, em dose única (BEPA, 2007).

Também pode ser utilizada a penicilina V oral, em doses de 200.000 UI (125 mg) para menores de 25 quilos, e 400.000 UI (250 mg) para maiores de 25 quilos e adultos, a cada 6 ou 8 horas, durante dez dias. A eficácia clínica é similar nas duas formas, embora haja mais recaídas com a forma oral. Ambas previnem o aparecimento da febre reumática (BEPA, 2007).

A amoxicilina, ou amoxicilina com clavulanato, também pode ser utilizada por dez dias, nas doses de 500 mg de 8/8horas VO (via oral) para adolescentes e adultos e 50-40mg/kg/dia, de 8/8horas, para crianças (BEPA, 2007).

As cefalosporinas de uso oral podem ser usadas nos pacientes alérgicos às penicilinas, embora 5% a 15% apresentem alergia às cefalosporinas, que estarão contraindicadas em caso de alergia tipo choque anafilático. O custo do tratamento com as cefalosporinas é alto, limitando sua indicação (BEPA, 2007).

1.5 Herpes Simples

Os dois tipos de herpes vírus simples são estruturalmente semelhantes, porém diferem antígenicamente. Além disso, os dois exibem variações epidemiológicas. O HSV-1 dissemina-se predominantemente através da saliva infectada ou de lesões periorais ativas. O HSV-1 se adapta melhor e atua de forma mais eficiente nas regiões oral, facial e ocular. Os locais envolvidos mais frequentemente são a faringe, as regiões intraorais, os lábios, os olhos e a pele acima da cintura. O HSV-2 se adapta melhor às regiões genitais, sendo transmitido, predominantemente, através do contato sexual, e envolve caracteristicamente a genitália e a pele abaixo da cintura. Podem ocorrer exceções a essas regras e o HSV-1 pode ser observado em um padrão semelhante ao do HSV-2 e vice-versa. As lesões clínicas e as alterações teciduais produzidas pelos dois tipos são idênticas (NEVILLE, 2016).

1.5.1 Epidemiologia

A prevalência de infecção pelo HSV-1 é de 60% a 80% na população mundial, o que pode significar que há um vasto reservatório. Prevalência de positividade para HSV-1, por idade: 2 anos: 25% 7 anos: 50% 15 anos: 75% - razão das chances para infecção por HSV-1, após ajuste por idade: 0,47. Status socioeconômico: em regiões menos industrializadas (Estônia, Índia, Marrocos, Sri Lanka), a taxa de soropositividade ao HSV-1 é mais elevada, ocorrendo precocemente na infância (GELLER, 2012).

1.5.2 Etiologia

Herpes é uma infecção causada por dois vírus da família Herpesviridae (herpes simples tipos 1 e 2), e pode afetar a região da boca, principalmente labial, órgãos genitais e áreas próximas. As formas de manifestação divergem de indivíduo para indivíduo (GELLER, 2012).

1.5.3 Prevenção

Antivirais administrados por via oral: seis estudos encontraram evidência limitada de que antivirais administrados por via oral pudessem reduzir a gravidade dos ataques, comparado ao placebo. Filtros solares: dois pequenos estudos cruzados encontraram evidência limitada de que filtros solares pudessem reduzir a frequência do HSO, comparado ao placebo (GELLER, 2012).

1.5.4 Manifestações Clínicas/ Orais

Na mucosa afetada desenvolvem-se diversas vesículas puntiformes, que rapidamente se rompem e formam inúmeras lesões pequenas, avermelhadas. Essas lesões aumentam um pouco de tamanho e desenvolvem áreas centrais de ulceração, recobertas por uma fibrina amarela. As ulcerações adjacentes podem coalescer e formar ulcerações maiores rasas e irregulares. Em todos os casos, a gengiva apresenta-se aumentada, dolorosa e extremamente eritematosa. Além disso, a gengiva afetada, frequentemente, exibe erosões características com aspecto de tecido arrancado por saca bocado ao longo da gengiva marginal livre (NEVILLE, 2016).

1.5.5 Diagnóstico

Com um total conhecimento das manifestações clínicas, o profissional clínico pode realizar um diagnóstico presuntivo seguro da infecção pelo HSV. Algumas vezes, as infecções pelo HSV podem ser confundidas com outras doenças, sendo a confirmação laboratorial desejável. O isolamento do vírus através da cultura tecidual inoculada com o líquido das vesículas intactas representa o procedimento diagnóstico mais definitivo (NEVILLE, 2016).

1.5.6 Tratamento

Se a infecção for diagnosticada no início, os medicamentos antivirais podem ter um efeito significativo. Quando o aciclovir em suspensão é iniciado nos 3 primeiros dias de sintomatologia pela técnica de bochechar e engolir 5 vezes ao dia por 5 dias (crianças: 15 mg/kg até a dose do adulto de 200 mg), a resolução clínica é acelerada de forma significativa. Uma vez iniciado o tratamento, novas lesões não se desenvolvem. Além disso, a dificuldade para comer e beber, dor, tempo de cicatrização, duração da febre e liberação do vírus são fatores associados que são extremamente encurtados (NEVILLE, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo com a presença de avanços tecnológicos e programas de imunização, é considerado comum o acometimento de pacientes do grupo infantil por doenças virais.

As doenças exantemáticas da infância têm como característica prevalente o surgimento de erupções cutâneas, o que em individual pode proporcionar um desafio diagnóstico na prática médica e odontológica, por se apresentarem semelhantes entre si. No entanto, essas infecções virais citadas no estudo apresentam manifestações orais específicas de cada uma delas, permitindo sua diferenciação. Portanto, é de responsabilidade do cirurgião-dentista o reconhecimento dessas alterações bucais, podendo oferecer o diagnóstico adequado e precoce, garantindo assim, um bom prognóstico ao paciente.

Após a análise de estudos, foi observado que não houve divergência de informações entre os autores em relação a descrição das doenças apresentadas no trabalho.

REFERÊNCIAS

AMORIM, Danielli et al. **Doença Exantemática na Infância: Escarlatina**. Disponível em:

https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/congrefip/2017/TRABALHO_EV069_MD1_SA1_ID311_03042017122748.pdf> Acesso em: 8 março 2021.

ARAÚJO, B. D.; HENRIQUE, T. B.; FARIA, M. D. MANIFESTAÇÕES BUCAIS MAIS COMUNS EM ODONTOLOGIA PARA BEBÊS. REVISÃO DA LITERATURA. **ANAIS DE ODONTOLOGIA DO UNIFUNEC**, [S. l.], v. 6, n. 6, 2020.

Escarlatina: orientações para surtos. **BEPA**, Bol. epidemiol. paul. (Online), São Paulo, v. 4, n. 46, out. 2007. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-42722007001000003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 jun. 2021.

GELLER, Mauro; NETO, Mendel. Herpes Simples: Atualização Clínica, Epidemiológica e Terapêutica, Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.dst.uff.br/revista2442012/8Herpes%20Simples%20Atualizacao%20Clinica.pdf>>. Acesso em: 15 abril. 2021.

GONÇALVES, Angelina. **Doenças Exantemáticas na Infância**. Fonte (se for publicado). Disponível em: https://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1371/doencas_exantematicas_na_infancia.htm . Acesso em: 8 abril.2021.

LIMA, Maria Mirene; FRANCO, Gabriela; BARBOSA, Thaísa; SIMÃO, Nathália; SIMÃO, Niverso. Infecções Fúngicas e Virais em Pacientes Pediátricos: Manifestações Orofaciais. In: **JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 5, 2020, Manhuaçu-MG. VI Seminário Científico do Unifacig**. Minas Gerais: 12 e 13 de novembro de 2020. P. 1 – 7.

MOURÃO, H.H.S; FONTENELE, H.O. **PERFIL DAS INFECÇÕES VIRAIS NA CAVIDADE ORAL: REVISÃO DE LITERATURA.**2019. 31 f. Curso de Bacharelado em Odontologia, Centro Universitário Uninovafapi, Teresina, 2019.

NEVILLE, B.W.; DAMM, D.D.; ALLEN, C.M.; BOUQUOT, J.E. **Patologia Oral e Maxilofacial.** Trad.3a Ed., Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

RAMOS, Mara. **MANIFESTAÇÕES ORAIS DE DOENÇAS EXANTEMÁTICAS INFANTIS.** 2016. 38 f. Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa. Lisboa. 2016.

RIBEIRO, B. B; GUERRA, L .M; GALHARDI, W. P; CORTELLAZI, K. L. **Importância do Reconhecimento das Manifestações Bucais de Doenças e de Condições Sistêmicas pelo Profissionais de Saúde com Atribuição de Diagnóstico.** 2012. 10 f. Faculdade de Medicina de Jundiaí, FMJ, Jundiaí, SP, Brasil. 2012.

SILVA, Nídia. **DOENÇAS EXANTEMÁTICAS DA INFÂNCIA COM MANIFESNTAÇÕES ORAIS.** 2010. 39 f. Faculdade de Medicina Dentária, Universidade do Porto. Porto. 2010.

SOUZA, Ludmilla. Evolução do surto de Sarampo no Brasil e as ações de combate e de prevenção praticadas. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, volume 3, n.6, p. 230-247, 13, 06, 2020.