

HERPANGINA: ASPECTOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS E ESTRATÉGIAS DE MANEJO

HERPANGINA: CLINICAL, EPIDEMIOLOGICAL, AND MANAGEMENT ASPECTS

HERPANGINA: ASPECTOS CLÍNICOS, EPIDEMIOLÓGICOS Y ESTRATEGIAS DE MANEJO

Anderson Vieira Gentil¹
Gabriela Simões Henriques²
Guilherme Escuin Gonçalves Moreira³
Isadora Ribeiro Lima Pereira⁴
Daniel Carvalho Davalo⁵

RESUMO: A herpangina é uma infecção viral aguda que afeta principalmente crianças entre 3 e 10 anos de idade, caracterizada por febre de início súbito, dor de garganta e lesões vesiculares dolorosas na cavidade oral, especialmente no palato mole, amígdalas e úvula. Os agentes etiológicos mais comuns são os vírus Coxsackie do grupo A, embora outros enterovírus também possam estar envolvidos. A transmissão ocorre principalmente por via fecal-oral e, ocasionalmente, por secreções respiratórias. O diagnóstico é clínico, baseado nos sintomas característicos e no exame físico, não sendo necessários exames laboratoriais na maioria dos casos. O tratamento é sintomático, focando no alívio da dor e febre, além de medidas de suporte como hidratação adequada. A doença é autolimitada, com resolução espontânea em cerca de uma semana, e complicações são raras. A prevenção baseia-se em medidas de higiene, como lavagem frequente das mãos e evitar o compartilhamento de utensílios pessoais. Embora a herpangina não seja considerada uma condição grave, é importante o reconhecimento precoce para manejo adequado e orientação aos cuidadores.

603

Palavras chave: Herpangina. Pediatria. Vírus.

ABSTRACT: Herpangina is an acute viral infection that primarily affects children aged 3 to 10 years, characterized by sudden onset fever, sore throat, and painful vesicular lesions in the oral cavity, especially on the soft palate, tonsils, and uvula. The most common etiological agents are Coxsackie viruses of group A, although other enteroviruses may also be involved. Transmission occurs mainly through the fecal-oral route and, occasionally, through respiratory secretions. The diagnosis is clinical, based on characteristic symptoms and physical examination, with no need for laboratory tests in most cases. Treatment is symptomatic, focusing on pain and fever relief, along with adequate hydration support. The disease is self-limiting, with spontaneous resolution within about a week, and complications are rare. Prevention is based on hygiene measures, such as frequent handwashing and avoiding sharing personal items. Although herpangina is not considered a serious condition, early recognition is important for proper management and caregiver guidance.

Keywords: Herpangina. Pediatrics. Virus.

¹Acadêmico de medicina, Faculdade de Medicina de Petrópolis.

²Acadêmica de medicina, Faculdade de Medicina de Campos.

³Acadêmico de medicina, Universidade de Itaúna.

⁴Médica, Faculdade de Medicina Nova Esperança- FAMENE.

⁵Médico, Universidad Internacional Tres Fronteras.

RESUMEN: La herpangina es una infección viral aguda que afecta principalmente a niños de entre 3 y 10 años, caracterizada por fiebre de inicio repentino, dolor de garganta y lesiones vesiculares dolorosas en la cavidad oral, especialmente en el paladar blando, las amígdalas y la úvula. Los agentes etiológicos más comunes son los virus Coxsackie del grupo A, aunque también pueden estar involucrados otros enterovirus. La transmisión ocurre principalmente por la vía fecal-oral y, ocasionalmente, a través de secreciones respiratorias. El diagnóstico es clínico, basado en los síntomas característicos y el examen físico, y no se requieren pruebas de laboratorio en la mayoría de los casos. El tratamiento es sintomático, centrándose en el alivio del dolor y la fiebre, además de mantener una hidratación adecuada. La enfermedad es autolimitada, con resolución espontánea en aproximadamente una semana, y las complicaciones son raras. La prevención se basa en medidas de higiene, como el lavado frecuente de manos y evitar compartir artículos personales. Aunque la herpangina no se considera una condición grave, el reconocimiento temprano es importante para un manejo adecuado y la orientación a los cuidadores.

Palabras clave: Herpangina. Pediatría. Virus.

INTRODUÇÃO

A herpangina é uma doença infecciosa aguda, predominantemente pediátrica, descrita pela primeira vez na década de 1920. No entanto, sua etiologia viral só foi estabelecida em 1951, sendo atribuída principalmente aos vírus Coxsackie do grupo A (PARK et al., 2012). Esses vírus são membros da família Picornaviridae e do gênero Enterovirus, conhecidos por causar diversas síndromes clínicas em humanos (ROMERO; MODLIN, 2014; SILVA et al., 2020).

A epidemiologia da herpangina revela uma maior incidência nos meses de verão e início do outono, afetando principalmente crianças entre 3 e 10 anos de idade. Embora seja mais comum nessa faixa etária, surtos esporádicos podem ocorrer em adolescentes e adultos, especialmente em ambientes como creches, escolas e acampamentos de verão (YAO et al., 2017; FERREIRA; MENDES, 2021).

Clinicamente, a herpangina caracteriza-se por febre de início súbito, dor de garganta, cefaleia e anorexia. Dentro de dois dias após o início dos sintomas, surgem pápulas cinzentas de 1 a 2 mm de diâmetro, que evoluem para vesículas com aréola eritematosa, localizadas principalmente nos pilares das tonsilas, palato mole, úvula e língua. Essas lesões transformam-se em úlceras rasas que se curam em 1 a 7 dias (MIRAND; PEIGUE-LAFEUILLE, 2017; COSTA et al., 2022).

A transmissão dos enterovírus responsáveis pela herpangina ocorre principalmente por via fecal-oral, mas também pode ocorrer através de secreções orais e respiratórias. Após a ingestão, os vírus replicam-se nos tecidos linfóides submucosos do intestino grosso e, em menor

grau, na faringe, espalhando-se posteriormente para os nódulos linfáticos regionais (KAMINSKA, 2023).

O diagnóstico da herpangina é predominantemente clínico, baseado na apresentação típica dos sintomas e lesões orais características. Exames laboratoriais geralmente não são necessários, a menos que haja suspeita de complicações ou diagnóstico incerto. O tratamento é de suporte, focando no alívio dos sintomas e manutenção da hidratação adequada (BENNESCH, 2017).

METODOLOGIA

Para a elaboração desta revisão bibliográfica, foram realizadas buscas nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS, utilizando os descritores "herpangina", "enterovírus", "Coxsackievirus" e "infecções virais pediátricas". Foram selecionados artigos publicados nos últimos dez anos, em português e inglês, que abordassem aspectos epidemiológicos, clínicos, diagnósticos e terapêuticos da herpangina. Além disso, foram consultados manuais e diretrizes de sociedades médicas relevantes.

Os critérios de inclusão abrangeram estudos originais, revisões sistemáticas e artigos de opinião de especialistas que fornecessem informações pertinentes ao tema. Foram excluídos artigos que não apresentavam relevância direta para a prática clínica ou que não atendiam aos critérios de qualidade metodológica estabelecidos. A análise dos dados foi realizada de forma qualitativa, sintetizando as principais evidências disponíveis na literatura.

DISCUSSÃO

A herpangina é uma infecção viral aguda, predominantemente observada em crianças, com uma prevalência considerável durante os meses de verão e início do outono. Descrita pela primeira vez na década de 1920, a doença inicialmente não tinha uma etiologia viral clara, sendo associada a diversas causas possíveis. Foi somente em 1951 que os primeiros estudos estabeleceram a origem viral da herpangina, com a identificação dos enterovírus como agentes causadores, especificamente os vírus Coxsackie do grupo A (Park et al., 2012). Esses vírus pertencem à família Picornaviridae e ao gênero Enterovirus, ambos amplamente conhecidos por estarem envolvidos em uma gama de síndromes clínicas que afetam o ser humano, como doenças respiratórias, meningites virais e outras infecções do sistema nervoso central (Romero; Modlin, 2014).

Estudos epidemiológicos indicam que a herpangina é mais prevalente em crianças entre 3 e 10 anos de idade, com surtos ocorrendo tipicamente durante os meses mais quentes do ano, como verão e início do outono. Embora a doença seja predominantemente pediátrica, adolescentes e adultos também podem ser afetados, principalmente em locais com alta concentração de crianças, como creches, escolas e acampamentos de verão (Yao et al., 2017). Nesse contexto, a disseminação do vírus é facilitada por sua alta contagiosidade, o que torna essas áreas de convivência, com troca de secreções respiratórias e orais, ambientes propensos para surtos. Além disso, a dinâmica de transmissão pode ser exacerbada durante os períodos de maior circulação viral, evidenciando a importância da educação em saúde para prevenir a propagação da doença.

Os sintomas clínicos da herpangina começam com o aparecimento súbito de febre, frequentemente acompanhada de dor de garganta intensa, cefaleia e anorexia. No segundo ou terceiro dia após o início dos sintomas, surgem pápulas pequenas, de coloração cinza, com cerca de 1 a 2 mm de diâmetro. Essas pápulas evoluem rapidamente para vesículas, que possuem uma aréola eritematosa e são localizadas principalmente nos pilares das tonsilas, no palato mole, na úvula e na língua. O estágio seguinte é a transformação dessas vesículas em úlceras rasas, que podem ser extremamente dolorosas, tornando-se um dos principais desafios no manejo da doença, já que a dor intensa pode levar à recusa alimentar, aumentando o risco de desidratação (Mirand; Peigue-Lafeuille, 2017).

606

Em termos de transmissão, a principal via é a fecal-oral, mas também pode ocorrer por meio de secreções orais e respiratórias, tornando a doença altamente contagiosa. A infecção é adquirida geralmente após o contato com fezes de indivíduos infectados ou com secreções nasofaríngeas, sendo a ingestão do vírus um dos mecanismos mais comuns de infecção. Após a ingestão, o vírus replica-se nos tecidos linfóides submucosos do intestino grosso e, em menor grau, na faringe, sendo disseminado para os nódulos linfáticos regionais, onde continua sua replicação antes de ser excretado nas fezes. Isso explica, em parte, a elevada taxa de transmissão nos ambientes mencionados, como escolas e creches, onde a higiene pode ser comprometida e o contato entre crianças é frequente (Romero, 2024).

O diagnóstico de herpangina é predominantemente clínico, uma vez que a apresentação dos sintomas e as lesões orais características são altamente sugestivas da doença. Na maioria dos casos, o diagnóstico é feito com base na história clínica e na observação das lesões típicas. Exames laboratoriais, como cultura viral ou PCR (reação em cadeia da polimerase), geralmente

não são necessários, exceto em casos onde há suspeita de complicações ou se o diagnóstico for incerto, como em pacientes com manifestações atípicas ou imunocomprometidos. Em situações onde se suspeita de complicações, como meningite viral ou encefalite, a realização de exames adicionais pode ser fundamental para confirmar o diagnóstico e direcionar o tratamento adequado (Keels, 2024).

O tratamento da herpangina é basicamente sintomático, com o objetivo de aliviar os sintomas, principalmente a dor e a febre, além de manter a hidratação do paciente. O manejo das lesões orais dolorosas é crucial, já que a dificuldade para se alimentar pode resultar em desidratação, especialmente em crianças pequenas. Não existem tratamentos antivirais específicos para a herpangina, e a maioria dos casos resolve-se espontaneamente em uma a duas semanas. O uso de analgésicos e antitérmicos, como o paracetamol, é comum para o controle da dor e da febre, enquanto a administração de líquidos, preferencialmente em forma de soluções de reidratação oral, é essencial para prevenir a desidratação. Caso o paciente apresente dificuldades significativas para a ingestão de líquidos, a administração intravenosa pode ser necessária em casos mais graves (Romero, 2024).

Em suma, a herpangina, embora frequentemente considerada uma condição benigna e autolimitada, pode apresentar desafios significativos no manejo de sintomas, principalmente em crianças pequenas. O conhecimento sobre a transmissão e a identificação precoce da doença, aliados a um tratamento de suporte adequado, são fundamentais para minimizar as complicações. A vigilância epidemiológica e a educação em saúde desempenham papéis cruciais na prevenção e no controle da propagação da doença, especialmente em ambientes com grande aglomeração de crianças. Além disso, a evolução da pesquisa na área de virologia e imunologia poderá, no futuro, contribuir para o desenvolvimento de tratamentos mais eficazes ou até mesmo vacinas para prevenir a herpangina, proporcionando avanços no controle dessa infecção viral comum, mas potencialmente debilitante para os pacientes afetados.

CONCLUSÃO

A herpangina é uma infecção viral comum na infância, caracterizada por sintomas típicos como febre súbita, dor de garganta intensa e lesões orais que evoluem para úlceras. Embora a doença tenha um curso autolimitado e geralmente seja benigna, com a resolução espontânea em cerca de uma semana, seu impacto no bem-estar das crianças pode ser significativo. O diagnóstico é predominantemente clínico, baseado na análise dos sinais e

sintomas apresentados, sendo raramente necessária a confirmação laboratorial. O tratamento da herpangina é de suporte, focado no alívio dos sintomas, como o controle da febre e da dor, além da manutenção da hidratação para evitar complicações como a desidratação, que é um risco especialmente relevante para lactentes e crianças pequenas, cujos mecanismos de regulação hídrica são mais sensíveis.

Além disso, medidas preventivas simples, como a higiene adequada das mãos, a desinfecção de superfícies compartilhadas e a restrição de contato com indivíduos infectados, podem contribuir de maneira significativa para reduzir a disseminação da doença. A conscientização dos cuidadores e dos profissionais de saúde é essencial para o manejo adequado da herpangina, permitindo a identificação precoce dos sintomas e o encaminhamento adequado caso surjam complicações. Embora a doença seja, em sua maioria, autolimitada e com evolução favorável, em alguns casos pode haver complicações, especialmente em pacientes vulneráveis. Lactentes, crianças com doenças preexistentes, ou aquelas com condições que comprometem o sistema imunológico, têm maior risco de evoluir com desidratação grave, que pode exigir intervenções mais intensivas. Por isso, o acompanhamento médico rigoroso nesses casos é essencial para garantir que a criança se recupere sem complicações.

É importante também que os cuidadores sejam bem informados sobre os sinais de alerta que indicam a necessidade de avaliação médica mais detalhada, como a recusa alimentar persistente, vômitos, sinais de desidratação, ou o agravamento das lesões orais, que podem dificultar a alimentação e a hidratação. A educação em saúde desempenha um papel fundamental não apenas na prevenção da doença, mas também no manejo eficaz dos casos mais graves.

Por fim, a necessidade de estudos adicionais sobre a patogênese da herpangina e o desenvolvimento de estratégias de prevenção mais eficazes é clara. Apesar de já termos um bom entendimento dos vírus causadores da doença, como os enterovírus do grupo A, ainda existem muitas lacunas a serem preenchidas, especialmente no que diz respeito ao impacto dos diferentes tipos de enterovírus na gravidade da doença e à sua capacidade de mutação. O avanço nas áreas de imunologia e virologia poderá abrir portas para o desenvolvimento de vacinas ou tratamentos antivirais mais eficazes no futuro. Embora a herpangina ainda não tenha uma vacina amplamente disponível, os progressos nas pesquisas podem eventualmente resultar em novas opções para a prevenção e tratamento da doença.

O monitoramento epidemiológico contínuo também se faz fundamental, pois ele permite detectar alterações nos padrões de incidência e distribuição da herpangina. Isso pode auxiliar na identificação precoce de surtos e no planejamento de estratégias de saúde pública direcionadas, contribuindo para a implementação de medidas eficazes de prevenção e controle. A vigilância epidemiológica deve, portanto, ser parte integrante de qualquer estratégia nacional de saúde, permitindo uma resposta rápida a mudanças nos padrões da doença e minimizando o impacto da herpangina na saúde pública.

Em resumo, a herpangina, embora geralmente benigna, continua a ser uma preocupação de saúde pública, especialmente em populações vulneráveis. A abordagem preventiva, aliada ao tratamento de suporte e à educação em saúde, continua sendo a chave para reduzir sua disseminação e minimizar complicações. Com o avanço da pesquisa e da vigilância, podemos esperar uma melhor compreensão da doença e, talvez, alternativas terapêuticas mais eficazes para o futuro.

REFERÊNCIAS

BENNESCH, M. A.; PARDAL, P. F.; SALVANESCHI, B. Enfermedad mano-pie-boca del adulto, emergencia del Coxsackie A6. *Dermatología Argentina*, v. 23, p. 183-187, 2017.

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 Reports in Dermatology*, v. 5, p. 203-209, 2013.

KEELS, M. A. Soft tissue lesions of the oral cavity in children [Internet]. In: GRIFFEN, A. (Ed.). *UpToDate*. Waltham, MA.

MIRAND, A.; PEIGUE-LAFEUILLE, H. Clinical characteristics and course of hand, foot, and mouth disease. *Archives de Pédiatrie*, v. 24, p. 1036-1046, 2017.

OMAÑA-CEPEDA, C.; MARTÍNEZ-VALVERDE, A.; SABATER-RECOLONS, M. M.; 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 Research Notes*, v. 9, p. 165, 2016.

ROMERO, J. R. Hand, foot, and mouth disease and herpangina [Internet]. In: EDWARDS, M. S.; DRUTZ, J. E. (Ed.). *UpToDate*. Waltham, MA.

ROMERO, J. R.; MODLIN, J. F. Introduction to the human enteroviruses and parechoviruses. In: MANDELL, G. L.; DOUGLAS, R. G.; BENNETT, J. E. (Ed.). *Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*, 8. ed. Philadelphia: Saunders, 2014.

STEWART, C. L.; CHU, E. Y.; INTROCASO, C. E.; SCHAFFER, A.; JAMES, W. D. Coxsackievirus A6-induced hand foot-mouth disease. *JAMA Dermatology*, v. 149, p. 1419-1421, 2013.

SHIN, J. U.; OH, S. H.; LEE, J. H. A Case of Hand-foot-mouth Disease in an Immunocompetent Adult. *Annals of Dermatology*, v. 22, p. 216-218, 2010.

YAO, X.; BIAN, L. L.; LU, W. W.; LI, J. X.; MAO, Q. Y.; WANG, Y. P. et al. Epidemiological and etiological characteristics of herpangina and hand foot mouth diseases in Jiangsu. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, v. 13, p. 823-830, 2017.

PARK, K.; LEE, B.; BAEK, K. et al. Enteroviruses isolated from herpangina and hand-foot-and-mouth disease in Korean children. *Virology Journal*, v. 9, p. 205, 2012.