



# Doença Mão-Pé-Boca: um relato de caso raro em adultos

## Hand, foot, and mouth disease: a rare case report in adults

Luisa Solera Franco Carneiro<sup>1</sup>, Gustavo Portugal Melgaço<sup>1</sup>, Marcella Ribeiro da Silva Protásio<sup>1</sup>, Mariana Garcia Presotto<sup>1</sup>, Rhayssa Marques Rodrigues Alves<sup>1</sup>, Rafaela Franco Carneiro Resque<sup>2</sup>, Brenno Noleto de Souza Sieiro Conde<sup>3</sup>, Constanza Thaise Xavier Silva<sup>4</sup>

### RESUMO

A doença da mão-pé-boca (DMPB) é uma enfermidade causada principalmente pelo Enterovírus 71 (EV21) e pelo vírus Coxsackie A tipo 16 (CoxA16), a qual afeta principalmente crianças, sendo rara em adultos (11%). A DMPB é caracterizada por um período curto de incubação de 3 a 6 dias, sendo transmitida pela via fecal/oral por meio do contato direto entre as pessoas ou fezes, saliva ou objetos contaminados. Apresenta como sintomas dor de garganta, surgimento de irritações e bolhas nas mãos, pés e na boca. Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo relatar um caso raro da doença Mão-Pé-Boca em adultos. Caso de um adulto do sexo masculino, de 36 anos, queixando-se de sintomas semelhantes ao quadro sintomatológico da DMPB, tendo a aparição de máculas que evoluíram para infecções bolhosas no sétimo dia, sendo relatado que uma semana antes seu filho de 1 ano e 5 meses havia apresentado os mesmos sintomas que ele, porém de maneira mais moderada.

**Descritores:** Adulto; Doença de mão, Pé e boca; Enterovírus.

### ABSTRACT

Hand- foot- and-mouth disease (HFMD) is a disease caused mainly by Enterovirus 71 (EV21) and Coxsackie A virus type 16 (CoxA16), which mainly affects children and is rare in adults (11%). HFMD is characterized by a short incubation period of 3 to 6 days and is transmitted via the fecal/oral route through direct contact between people or feces, saliva, or contaminated objects. Symptoms include sore throat, rashes, and blisters on the hands, feet, and mouth. In view of the above, the present study aimed to report a rare case of hand, foot, and mouth disease in adults. The following study describes the case of a 36-year-old male adult complaining of symptoms similar to the symptomatological picture of HFMD, with the appearance of macules that evolved into bullous infections on the seventh day, reporting that a week earlier his 1-year and 5-month-old son had presented the same symptoms as him, but in a more moderate manner.

**Keywords:** Adults; Hand-Foot-mouth disease; Enterovirus.

### INTRODUÇÃO

A doença mão-pé-boca (DMPB) é uma doença viral comum em bebês e em crianças, ocorrendo em até 97% dos casos em menores de 10 anos<sup>1</sup>, sendo assim, rara em adultos, sendo estimado que apenas 11% dos expostos ao vírus se infectam e apenas 1% apresentam

manifestações clínicas<sup>2</sup>. A infecção é ocasionada principalmente pelo *Enterovírus* 71 (EV21) e pelo vírus *Coxsackie A* tipo 16 (CoxA16)<sup>3</sup>, sendo este membro da família Picornaviridae, os quais possuem ácido ribonucleico (RNA) de fita simples não envelopados<sup>4</sup>. Contudo, o sorotipo mais comumente encontrado em

<sup>1</sup> Discente do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA.

<sup>2</sup> Discente do curso de medicina da Universidade Itpac Porto Nacional - ITPAC.

<sup>3</sup> Médico Cirurgião Vascular do Hospital RB Saúde e Diagnóstico.

<sup>4</sup> Docente do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA.

**Data de submissão:** 10/06/2025. **Data de aceite:** 25/08/2025.

**Autor correspondente:** Constanza Thaise Xavier Silva. E-mail: constanzathaise@yahoo.com.br - Telefone: 62 981485925. Formação Profissional: Biomédica - Mestre em Genética e Doutorado em Ciências da Saúde Filiação Institucional: Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA

**Declaração de conflito de interesse:** Os autores declaram não ter conflito de interesses para este artigo.

**Fontes de auxílio à pesquisa:** Financiamento próprio.

**Aspectos éticos:** O presente relato foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CAAE:88778025.8.0000.5076, em cumprimento aos princípios éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/2012 e na Carta Circular 166/2018.

adultos é o *Coxsackie-A6* (CoxA6)<sup>5</sup>. Além disso, um estudo avaliou que não há associação entre gênero e a doença grave da mão, pé e boca<sup>6</sup>.

A DMPB é transmitida por contato direto entre as pessoas e a secreção nasal e salivar, fezes ou por objetos previamente contaminados<sup>1</sup>, através das mãos, pés, boca e, até mesmo, das genitálias e das nádegas<sup>4</sup>. Após a contaminação, ocorre a viremia primária, que é o processo de replicação do vírus na mucosa oral e no intestino, e, depois de 24 horas, o vírus se espalha para o tecido linfático e para os órgãos<sup>1</sup>.

O período de incubação da doença varia entre 3 e 6 dias e os principais sintomas são, em casos não-graves: dor na boca ou na garganta, lesões na mucosa oral<sup>4</sup>; enantemas, pápulas e/ou bolhas nas mãos e nos pés e exantema, podendo ser macular, papular ou vesicular, medindo de 2 a 6mm, não pruriginosas e não dolorosas, durando cerca de 10 dias, e quando se rompem, formam úlceras superficiais e indolores que não deixam cicatrizes<sup>1</sup>. Além disso, em casos mais graves, pode haver a presença de febre alta<sup>5</sup>, edema e hemorragia pulmonar, doenças no sistema nervoso e outras complicações graves<sup>3</sup>.

Ademais, o diagnóstico é feito clinicamente, utilizando-se diagnóstico sorológico para se diferenciar o *Enterovírus* do *Coxsackie*. A recuperação do paciente ocorre em poucas semanas, sem sequelas residuais, e a infecção raramente recorre ou persiste<sup>4</sup>.

Nesse contexto, pelo fato de a DMPB ser rara em adultos, não se dá a devida importância aos casos de contaminação nesse grupo de indivíduos, o que é

equivocado, já que, além de poderem progredir para uma doença grave devido à intensa exposição ao vírus, muitos pais entre 25 e 39 anos são infectados por seus próprios filhos<sup>7</sup>. Por isso, deve-se seguir uma série de cuidados, que muitas vezes são subestimados ou desconhecidos, em domicílios, instituições e outros ambientes de convivência com casos suspeitos e, assim, diminuir o risco de transmissão, dentre eles: lavar as mãos com água e sabão, desinfetar superfícies, evitar o compartilhamento de utensílios pessoais<sup>7</sup> e até mesmo o cuidado nas trocas de fraldas<sup>9</sup>.

Diante do exposto, o presente estudo teve por objetivo relatar um caso raro da doença Mão-Pé-Boca em adulto residente na região de Palmas – TO.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 36 anos de idade, residente em Palmas - TO, previamente hígido, sem doenças preexistentes ou deficiências, procurou atendimento em serviço de pronto-socorro com queixa de febre (38,3°C) por dois dias consecutivos, acompanhada de odinofagia (dor de garganta). Após esse período, passou a apresentar dor em pontadas nas mãos e nos pés, de intensidade moderada e de distribuição simétrica, evoluindo também com máculas (manchas planas com alteração de coloração) e pápulas eritematosas (lesões avermelhadas sólidas, elevadas e palpáveis), como evidenciado na figura 1.

Não havia sinais sugestivos de infecção secundária. No entanto, por volta do sétimo dia de evolução, as máculas progrediram para lesões bolhosas.



**Figura 1.** A. Máculas e pápulas eritematosas na região palmar da mão. B. Máculas e pápulas eritematosas na região plantar do pé.  
**Fonte:** Arquivo pessoal do paciente.

Durante a anamnese, o paciente relatou que o filho, de 1 ano e 5 meses, havia apresentado quadro semelhante cerca de uma semana antes, embora de forma menos exuberante, como mostrado na figura 2.

Diante da história clínica e dos achados do exame físico, foi levantada a hipótese diagnóstica de síndrome mão-pé-boca. O paciente recebeu orientação quanto ao tratamento sintomático com o uso de antitérmicos e analgésicos, além de cuidados com a hidratação da pele, não havendo a solicitação de um diagnóstico sorológico. Ademais, foi instruído quanto à necessidade de precaução por contato, especialmente com crianças.

Em retorno ambulatorial, 14 dias após o início dos sintomas, observou-se remissão da hiperemia e presença de lesões bolhosas rotas — previamente rompidas, com extravasamento de conteúdo — em fase de ressecamento e descamação, como é visualizado na figura 3.



**Figura 2.** Presença de máculas e pápulas no filho do paciente, ao apresentar quadro sintomático semelhante ao dele.  
**Fonte:** Arquivo pessoal do paciente.



**Figura 3.** Lesões bolhosas rotas na região plantar do pé em fase de descamação.  
**Fonte:** Arquivo pessoal do paciente.

O paciente apresentou bom prognóstico com recuperação completa e renovação da epiderme cerca de 30 dias após o início do quadro sintomático.

O presente relato foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CAAE: 88778025.8.0000.5076, em cumprimento aos princípios éticos e legais estabelecidos na Resolução 466/2012 e na Carta Circular 166/2018.

## DISCUSSÃO

A DMPB é predominantemente uma enfermidade pediátrica, sendo rara em adultos. No entanto, casos em adultos têm sido relatados, muitas vezes associados a apresentações clínicas atípicas e desafios diagnósticos<sup>3</sup>. No caso apresentado, um homem de 36 anos desenvolveu febre, odinofagia e lesões cutâneas nas mãos e pés, evoluindo para lesões bolhosas. A história de contato com seu filho pequeno, que apresentou sintomas semelhantes, sugere uma transmissão intrafamiliar. O tratamento foi sintomático, com resolução completa em aproximadamente 30 dias.

Como já abordado, o diagnóstico diferencial DMPB em adultos é fundamental devido à semelhança clínica com outras doenças orais. A DMPB pode se manifestar com lesões que variam de enantema com bolhas a úlceras, atingindo qualquer área da mucosa oral, podendo, então, ser facilmente confundida com outras doenças orais, como a gengivostomatite herpética aguda (GEHA), a estomatite aftosa recorrente (EAR), o herpes simples e a herpangina, todas com características lesivas semelhantes. A GEHA e a EAR, por exemplo, costumam cursar com úlceras hemorrágicas que acometem gengivas, língua e palato duro, enquanto a herpangina se manifesta como enantema papulovesicular doloroso, evoluindo para úlceras amareladas, geralmente no palato mole e faringe posterior, muitas vezes acompanhada de febre alta. No entanto, o que distingue clinicamente a DMPB dessas enfermidades é a presença simultânea de lesões cutâneas em mãos e pés, uma característica que confere à DMPB um padrão clínico único<sup>10</sup>.

Assim, reconhecer essas distinções é essencial para evitar diagnósticos errôneos e garantir o manejo adequado da condição, principalmente em adultos, nos quais a DMPB pode ser subdiagnosticada devido à sua prevalência mais comum em crianças<sup>10</sup>.

Comparando com o caso relatado em Portugal, um homem de 36 anos apresentou sintomas semelhantes, incluindo febre, odinofagia e exantema maculopapular nas mãos, pés e região perioral. Embora não houvesse histórico de contato com crianças infectadas, a apresentação clínica foi típica, e o tratamento sintomático

resultou em recuperação completa em duas a três semanas. Este caso destaca a importância de considerar a DMPB no diagnóstico diferencial de adultos com exantemas febris, mesmo na ausência de fatores de risco evidentes<sup>11</sup>.

Por outro lado, o caso descrito nos Estados Unidos envolveu um homem de 39 anos, que apresentou sintomas semelhantes após contato com seus filhos diagnosticados com DMPB. A apresentação clínica incluiu febre, odinofagia e lesões nas mãos, pés e boca. O diagnóstico foi confirmado por painel viral positivo para enterovírus, e o tratamento sintomático levou à resolução dos sintomas em uma a duas semanas. Este caso reforça a possibilidade de transmissão intrafamiliar e a importância da anamnese detalhada na identificação da DMPB em adultos<sup>12</sup>.

A singularidade do caso atual reside na documentação fotográfica detalhada das lesões e na ênfase na transmissão intrafamiliar, aspectos menos explorados nos relatos anteriores. Além disso, o tempo de recuperação mais prolongado destaca a variabilidade clínica da doença em adultos.

De maneira comparativa, percebe-se que os três casos relatados apresentam sintomas semelhantes, sendo eles: odinofagia, febre e lesões cutâneas. Entretanto, os casos citados apresentam diferença quanto à evolução, à medicação administrada e aos exames hematológicos.

Nesse sentido, em Portugal tem-se um caso de recuperação mais rápida (2-3 semanas), com uso de paracetamol, ibuprofeno e citrizina, com exames complementares de proteína C-reativa (CRP) e teste de função do fígado. Já nos Estados Unidos, o caso relata que o paciente realizou o tratamento por meio de hidratação oral, uso de paracetamol e ibuprofeno e realização de um raio-X de tórax. Comparando com o caso nacional, relatou-se o uso de ibuprofeno para alívio dos sintomas e não houve a realização de nenhum exame complementar.

Devido ao exposto, a comparação entre esses casos reforça a necessidade de maior conscientização sobre a DMPB em adultos, tanto para diagnóstico quanto para prevenção da transmissão<sup>1</sup>. Logo, relatos como este contribuem para a literatura médica ao ampliar o conhecimento sobre os desafios clínicos associados ao diagnóstico da DMPB em populações adultas.

## REFERÊNCIAS

1. Prinzio AD, Bastard DP, Torre AC, Mazzuocolo LD. Hand, foot, and mouth disease in adults caused by Coxsackievirus B1-B6. *Anais Brasileiros de Dermatologia*. 2022; 97(3):321-25.
2. Bennesch MA, Pardal PF, Salvaneschi B. Enfermedad mano-pie-boca del adulto, emergencia del Coxsackie A6. *Dermatologia Argentina*. 2017; 23(4) pp183-187.
3. Yi, Zhijie et al. Epidemiological characteristics, routine laboratory diagnosis, clinical signs and risk factors for hand, -foot -and -mouth disease: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2022; 17(4) e0267716.
4. AM, Orille E, Waseem M. Hand, Foot, and Mouth Disease. *StatPearls: Treasure Island*. 2023.
5. Gome S, Santos S, Maia IF, Verissimo R, Carvalho T. Hand-Foot-Mouth Disease in an Adult. *Cureus*. 2023; 15(1):e33670.
6. Sun BJ, Chen HJ, Chen Y, An XD, Zhou BS. The Risk Factors of Acquiring Severe Hand, Foot, and Mouth Disease: A Meta-Analysis. *Canadian Journal of Infectious Diseases and Medical Microbiology*. 2018
7. Zhao J, Jiang F, Zhong L, Jianping S, Junhang D. Age patterns and transmission characteristics of hand, foot and mouth disease in China. *BMC Infectious Diseases*. 2016; 16(691).
8. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção primária. Nota técnica traz novas orientações sobre doença de mão-pé-boca. 2023.
9. Carvalho VO, Cerqueira AMM, Bau AEK, Bragança GMG, Markus J, Carrera MC, et al. Departamento Científico de Dermatologia e Departamento Científico de Infectologia – Documento Científico. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2021.
10. 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*. 2016; 13(4) 823-30.
11. Afonso C, Almeida A. Hand, Foot, and Mouth Disease in Adults. *Cureus*. 2023; 15(11):e48387.
12. Jagadish A, Paladugula A, Notta S, Notta N, Shah R. A Case of Hand-Foot-and-Mouth Disease in an Adult Male. *Cureus*. 2023; 15(7):e42670.