





**Figura 1** – Exantema vermelho-vivo na região suprapúbica

com exantema viral.

Caso 2: Um adolescente de 16 anos, do sexo masculino, recorreu ao SU por exantema assintomático com três dias de evolução. Referia anorexia e mal-estar geral. Ao

exame objetivo, encontrava-se febril (38,5°C), fácies tóxica, e com exantema petequeial/purpúrico de distribuição acral (Fig. 2A, 2B), palmoplantar (Fig. 2C) e periorifical. Adicionalmente, objetivou-se língua em morango e petéquias no



**Figura 2** – Exantema petequeial e purpúrico com distribuição acral (A, B) e afeção palmoplantar (C). Observa-se eritema e descamação perioral e perinasal e uma língua em morango (D).



palato mole (Fig. 2D). Colocou-se a hipótese de escarlatina, o doente foi internado e medicado com penicilina. Do estudo complementar, o teste rápido estreptocócico foi negativo e a IgM PvB19 foi positiva com IgG negativa. A biópsia cutânea foi compatível com exantema viral. Serologias repetidas após seis semanas revelaram IgM e IgG PvB19 positivas.

Caso 3: Um homem de 19 anos recorreu ao SU por exantema assintomático com dois dias de evolução. Referia gastroenterite autolimitada na semana anterior. Ao exame objetivo, constatou-se doente febril (38,1°C), com exantema petequial de distribuição acral (Fig. 3A, 3B), palmoplantar, dorsal e periorifical (Fig. 3C). As análises mostraram trombocitopenia. Colocou-se a hipótese de trombocitopenia autoimune ou vasculite. Na reavaliação após uma semana, constatou-se a resolução espontânea da dermatose e da trombocitopenia e serologias com IgM e IgG PvB19 positivas. Estas serologias foram repetidas passadas seis semanas com um aumento em quatro vezes do título de IgG.

Caso 4: Uma mulher de 65 anos recorreu ao SU por dermatose pruriginosa com dois dias de evolução, de início nos pés, com progressão proximal. A doente referia talalgia e artralhas das mãos. Negou episódios infecciosos recentes ou introdução de novos fármacos. Ao exame objetivo, observavam-se pápulas e placas eritematovioláceas dolorosas nos membros inferiores e superiores (Fig. 4A, 4B), incluindo palmas, e no tronco, assim como edema do tornozelo esquerdo. Colocou-se a hipótese de vasculite leucocitoclástica, confirmada por biópsia cutânea. Do estudo complementar, o único resultado positivo foi IgM e IgG PvB19 positivas. A doente cumpriu tratamento com prednisolona oral 0,5 mg/kg/dia e betametasona 0,1% creme, com resolução em duas semanas.

Caso 5: Uma mulher de 35 anos recorreu ao SU por dermatose com três semanas de evolução caracterizada

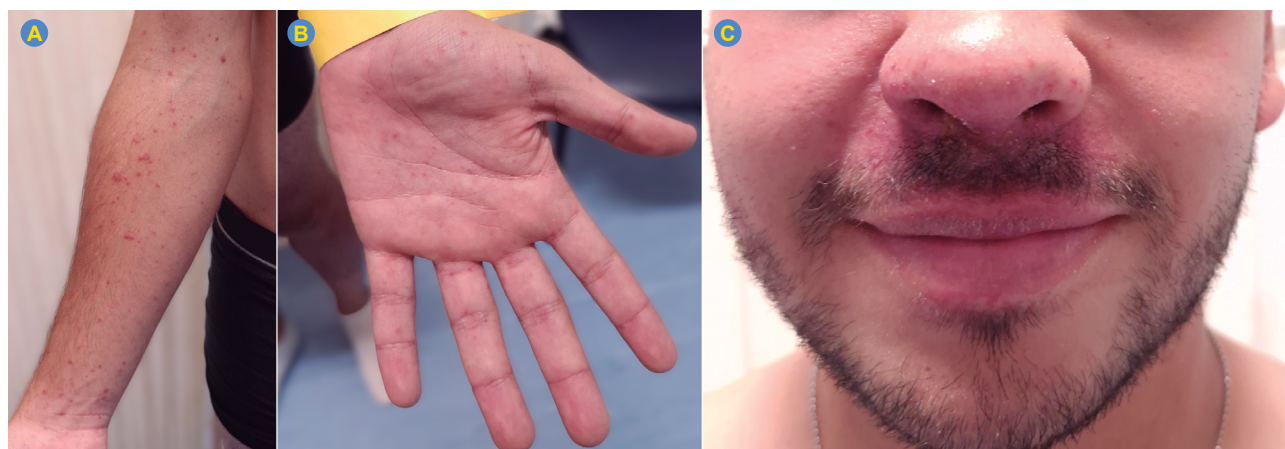
por pápulas eritematovioláceas nos membros inferiores, quadrantes inferiores do abdómen e antebraços. A doente referia ainda artralguas das mãos, talalgia e negou febre. A biópsia cutânea confirmou a hipótese diagnóstica de vasculite leucocitoclástica. O estudo complementar apenas demonstrou IgM e IgG PvB19 positivas que foram repetidas passadas seis semanas, verificando-se um aumento em quatro vezes do título da IgG e redução da IgM. A doente iniciou tratamento com prednisolona oral 0,5 mg/kg/dia e betametasona 0,1% creme. Posteriormente, referiu ter havido um surto de PvB19 na creche onde trabalhava, previamente ao início da dermatose. Este tem sido um caso desafiante, com episódios recorrentes de vasculite aquando da redução da dose de prednisolona oral. A doente iniciou recentemente azatioprina 150 mg/dia e mantém seguimen-

## DISCUSSÃO

A manifestação mais comum de PvB19 em adolescentes é a SPPML.<sup>1,3</sup> Outra manifestação é o exantema petequeial/purpúrico de padrão periflexural e periorifical,<sup>1</sup> sendo que os primeiros três casos correspondem a uma sobreposição deste último com a SPPML. Ambos têm bom prognóstico e prescindem de tratamento dirigido, sendo autolimitados.<sup>1</sup> Estes casos foram, inicialmente, diagnosticados incorretamente pela sua semelhança com outras patologias.

As vasculites cutâneas podem ter diversas etiologias, sendo as infecções responsáveis por 15% - 20%, principalmente infecções respiratórias superiores ou estreptocócicas. Os dois últimos casos correspondem a vasculites causadas pelo PvB19, uma manifestação rara deste vírus.

A infecção por PvB19 caracteriza-se por uma primeira fase de viremia com uma síndrome gripal ligeira seguida de uma segunda fase após duas semanas onde surgem manifestações como o exantema e/ou as artralgias.<sup>10</sup> O conhecimento do comportamento bifásico deste vírus pode



**Figura 3** – Exantema petequial e purpúrico com distribuição acral (A, B). Observa-se eritema e descamação perioral e perinasal (C).



Figura 4 – Pápulas e placas eritematovioláceas nos membros inferiores (A, B)

facilitar o seu diagnóstico atempado.

Estes casos ilustram as manifestações clínicas diversas do PvB19 em adolescentes e adultos, que podem constituir um desafio diagnóstico pela sua semelhança com outras patologias, mas correspondem geralmente a situações autolimitadas e com bom prognóstico. Destaca-se o papel da história epidemiológica que, no quinto caso, teria motivado maior suspeição clínica se esclarecida *ab initio*. Reforçamos que o PvB19 deve ser considerado um grande imitador pela sua capacidade em imitar doenças que se apresentam com exantemas, incluindo outras doenças infecciosas, toxidermias, doenças autoimunes, podendo ainda imitar ou causar vasculites.

#### ACKNOWLEDGMENTS

Os autores declaram não ter utilizado ferramentas de inteligência artificial na elaboração do artigo.

#### CONTRIBUTO DOS AUTORES

ITA: Conceptualização, metodologia, recursos, redação e revisão crítica do manuscrito.

IS: Conceptualização, recursos, revisão crítica do manuscrito.

FSM: Recursos, revisão crítica do manuscrito.

GAS: Metodologia, revisão crítica do manuscrito.

PF: Administração do projeto, supervisão e validação.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

## PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial atualizada em outubro de 2024.

## CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

## REFERÊNCIAS

1. Mancini AJ, Shani-Adir A, Sidbury R. Other viral diseases. In: Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L, editors. *Dermatology*. Amsterdam: Elsevier; 2024. p.1437-60.
2. Rubin R. What to know about the recent rise in parvovirus b19 infections. *JAMA*. 2024;332:1226.
3. Smith PT, Landry ML, Carey H, Krasnoff J, Cooney E. Papular-purpuric gloves and socks syndrome associated with acute parvovirus B19 infection: case report and review. *Clin Infect Dis*. 1998;27:164-8.
4. Bloise S, Cocchi E, Mambelli L, Radice C, Marchetti F. Parvovirus B19 infection in children: a comprehensive review of clinical manifestations and management. *Ital J Pediatr*. 2024;50:261.
5. Russcher A, van Boven M, Benincà E, Verweik EJ, Molenaar de Backer MW, Zaaijer HL, et al. Changing epidemiology of parvovirus B19 in the Netherlands since 1990, including its re-emergence after the COVID-19 pandemic. *Sci Rep*. 2024;14:9630.
6. Anderer S. Uptick in parvovirus B19. *JAMA*. 2024;332:1043.
7. Marano G, Vaglio S, Pupella S, Facco G, Calizzani G, Candura F, et al. Human parvovirus b19 and blood product safety: a tale of twenty years of improvements. *Blood Transfus*. 2015;13:184-96.
8. Suzuki M, Watari T. Parvovirus B19 infection: a vasculitis masquerade in an elderly patient. *Am J Case Rep*. 2023;24:e939696.
9. Karadağ AS, Chen W. Great imitators in dermatology: part I. *Clin Dermatol*. 2019;37:173-4.
10. Heegaard ED, Brown KE. Human parvovirus B19. *Clin Microbiol Rev*. 2002;15:485-505.

## CONSENTIMENTO DOS DOENTES

Obtido.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.