

Dermatite Estreptocócica Perianal – A Propósito de Dois Casos Clínicos

Catarina Sousa¹, Isabel Araújo², Ana Maria Leitão³

RESUMO

A dermatite estreptocócica perianal é uma entidade clínica bem definida, no entanto, subdiagnosticada. Uma vez que pode mascarar outras patologias, o diagnóstico e o tratamento são por vezes atrasados, o que pode, por sua vez, aumentar a frequência de complicações secundárias relacionadas com as infecções estreptocócicas. Descrevem-se os casos de duas crianças do sexo masculino, de três e quatro anos, com apresentação semelhante, com eritema perianal e prurido. A cultura do exsudado perianal foi positiva para estreptococo β -hemolítico grupo A. Foi efectuada terapêutica com amoxicilina e ácido clavulânico durante dez dias, com resolução das queixas. O reconhecimento precoce, diagnóstico e tratamento são de extrema importância no sentido de diminuir o desconforto do doente e evitar possíveis complicações.

Palavras-chave: estreptococo β -hemolítico grupo A, dermatite perianal; crianças

Nascer e Crescer 2008; 17(3): 139-141

INTRODUÇÃO

O estreptococo β -hemolítico grupo A é um microrganismo relacionado habitualmente com infecções cutâneas e faringo-amigdalites⁽¹⁾. A dermatite perianal estreptocócica foi descrita pela primeira vez em 1966 por Amren et al, que estabeleceram a relação entre a celulite perianal

e o estreptococo isolado em cultura de exsudado perianal. Mais recentemente foi incluída numa entidade única, designada de dermatite perineal estreptocócica onde se incluem também a vulvovaginite e a balanite, fruto da extensão local da lesão perianal inicial. Não se estabeleceu ainda definitivamente o mecanismo exacto de transmissão. Foram já descritos casos de portadores assintomáticos do estreptococo na área perineal (o que se verificou em cerca de 6% de crianças com faringite pelo referido microrganismo e, raramente, em pessoas saudáveis). Foi também estabelecida uma possível transmissão intrafamiliar e institucional alegando-se um mecanismo de transmissão gastrointestinal ou auto-inoculação, quer oral-perineal, quer por deglutição, existindo neste último caso uma eventual resistência aos sucos digestivos^(1, 2). Por estes motivos, as crianças do sexo masculino, entre os seis meses e os dez anos de idade são as mais frequentemente afectadas, sobretudo na Primavera e no Inverno. Clinicamente cursa com edema e eritema perianal pruriginoso, de bordos bem definidos, estendendo-se dois a quatro centímetros do orifício anal. Ocasionalmente acompanha-se de secreção mucopurulenta, com obstipação secundária, defecação dolorosa e tenesmo, fissuras perianais e rectorragia. Podem também existir pústulas ou crostas psoriasiformes e, como já referido, fazer-se acompanhar de balanite ou vulvovaginite. Geralmente não há febre ou outros sintomas sistémicos⁽¹⁻³⁾.

CASOS CLÍNICOS

Apresentam-se os casos de duas crianças do sexo masculino, raça caucasiana, com três e quatro anos de idade. Como antecedentes patológicos, a pri-

meira criança nasceu com prematuridade de 36 semanas e taquipneia transitória do recém-nascido, e a segunda criança apresentava adenite cervical relacionada com infecção das vias aéreas superiores. Ambas eram seguidas regularmente na Consulta de Pediatria Geral, e referiram, numa consulta de rotina, prurido perianal com cerca de um mês de evolução. Negaram obstipação, rectorragia, queixas urinárias ou febre. Ao exame físico apresentavam uma lesão perianal circular eritematosa, vermelho-viva e bem delimitada, sem fissuras ou outras lesões associadas (Figura 1).

Tinham já efectuado um anti-micótico tópico sem melhoria.

A cultura do exsudado perianal foi positiva para estreptococo β -hemolítico do grupo A e o exame parasitológico de fezes negativo. Foi efectuada terapêutica, durante dez dias, com amoxicilina e ácido clavulânico, com resolução das queixas. Em ambos os casos houve recidiva, com necessidade de um segundo curso de antibioterapia, sem recorrência até à data.

DISCUSSÃO

A dermatite estreptocócica perianal é uma infecção à qual se presta pouca atenção, sendo facilmente confundida, pela sua inespecificidade, com outras entidades, entre as quais a dermatite das fraldas, a candidíase, a dermatite seborreica, a dermatite atópica, a psoríase, a dermatite de contacto, a infecção por parasitas, a doença inflamatória intestinal, a histiocitose e o abuso sexual. O diagnóstico é clínico, com base na história e no exame físico, com confirmação com exame microbiológico^(2,3). Apesar da dermatite perianal ser maioritariamente causada pelo estreptococo β -hemolítico do grupo

¹ Interna Complementar de Pediatria – Depart. de Pediatria HSJ - Porto

² Assistente Hospitalar Grad. de Pediatria do Serv. de Pediatria do HSMM, SA - Barcelos

³ Chefe de Serviço de Pediatria, Directora do Serv. de Pediatria do HSMM, SA - Barcelos



FIGURA 1: fotografias das lesões perianais das crianças apresentadas.

A, já foram documentados casos induzidos por outros estreptococos, pelo *Staphylococcus aureus*, *Enterobacteriaceae*, alguns anaeróbios como *Bacteroides fragilis* ou *Clostridia sp.*, assim como *Shigella* ou *Salmonella sp.* Por este motivo, para se efectuar um diagnóstico mais rápido, pode-se recorrer a um exame com tira-teste para confirmação da etiologia estreptocócica, o que permite orientar o tratamento. Este teste tem uma sensibilidade de 94% e uma especificidade de 100%⁽¹⁾. Se não disponível, o diagnóstico deve ser confirmado com cultura do exsudado perianal, tal como efectuado nos casos apresentados⁽²⁾. A pesquisa do estreptococo deve ser especificamente solicitada pela necessidade de recurso a técnicas especiais pelo Microbiologista⁽⁴⁾. O tratamento de eleição é a administração de penicilina durante dez dias, tendo, no entanto, sido já descritos casos de recorrências superiores a 40%. Habitualmente os doentes ficam curados após um segundo curso de tratamento semelhante. Desta forma, em comparação com a faringite, a terapêutica da infecção perianal requiere um curso mais longo de pelo menos dez dias, e de preferência de 14 a 21 dias de antibiótico, uma vez que os tratamentos mais curtos favorecem as

recidivas. O uso de antissépticos ou antibióticos tópicos pode acelerar a erradicação bacteriana. Nos casos em que outro agente entre os referidos é responsável, está indicada uma penicilina penicilinase resistente ou outro antibiótico de acordo com o antibiograma^(1,3,5,6). Outras alternativas terapêuticas são a eritromicina ou a clindamicina, sobretudo nos casos de alergia à penicilina ou refractários⁽⁷⁾. Nos casos descritos foi escolhida a terapêutica com amoxicilina e ácido clavulânico, pela possibilidade de microrganismos colonizantes da pele perianal resistentes aos β -lactâmicos interferirem na acção da penicilina no estreptococo, além das frequentes recorrências que têm sido descritas com esta terapêutica. A complicação mais frequente é o atraso do diagnóstico e tratamento, com manutenção do desconforto e risco de contaminação dos conviventes. Existe ainda o risco de disseminação da infecção, e embora raramente documentados, proctite, abscesso ou miosite. As infecções estreptocócicas cutâneas podem ser seguidas de glomerulonefrite, e em teoria febre reumática, uma vez que não são conhecidos até à data quaisquer casos publicados⁽²⁾.

Apesar de uma apresentação clínica uniforme, esta entidade é pouco

conhecida, o que é responsável por um atraso no diagnóstico, tratamento inadequado e complicações à distância⁽⁶⁾.

PERIANAL STREPTOCOCCAL DERMATITIS – ABOUT TWO CLINICAL CASES

ABSTRACT

Perianal streptococcal dermatitis is a well-defined clinical entity, although under diagnosed. Since it can masquerade other pathologic conditions, the diagnosis and treatment are sometimes delayed, which can lead to a higher frequency of secondary complications related with streptococcal infection. We describe the cases of two children of male gender, with three and four years of age, with similar presentation with perianal redness and pruritus. The culture of perianal swab was positive to group A β -haemolytic streptococci. Treatment with amoxicilline and clavulanic acid was performed during ten days with complete resolution. Early recognising, diagnosis and treatment are extremely important to decrease patient discomfort and avoid possible complications.

KEY-WORDS: group A β -haemolytic streptococci, perianal dermatitis; children

BIBLIOGRAFIA

1. Fernández Echeverría, Oliva López-Menchero, Pardillo Marañón et al. Aislamiento de estreptococo beta-hemolítico del grupo A en niños con dermatitis perianal. *An Pediatr (Barc)* 2006; 64(2): 153-7
2. Herbst Rudolf. Perineal Streptococcal Dermatitis/Disease. Recognition and Management. *Am J Clin Dermatol* 2003; 4(8): 555-560
3. Vieira Ana, Ferreira Eduarda. O que é a "celulite" estreptocócica perianal? In: Baptista Poiares. *Dermatoses na infância. 25 perguntas frequentes em Dermatologia*. Lisboa: Permanyer. 2002 : 49.
4. Wright JE, Butt HL. Perianal infection with β haemolytic streptococcus. *Archives of Disease in Childhood* 1994; 70: 145-6
5. Barzilai Asher, Choen Herman-Avner. Isolation of group A streptococci from children with perianal cellulites and from their siblings. *The Pediatric Infectious Disease Journal*; vol 17, No 4, April, 1998; 358-9
6. Souillet AL, Truchot F, Jullien D et al. Anite périnéale streptococcique. *Arch Pédiatr* 2000; 7: 1194-6
7. Cruz-Rojó J, Martínez García MM, Fernández López. Dermatitis perianal, fisuras y balanopostitis por estreptococo beta-hemolítico del grupo A. *An Pediatr (Barc)* 2005; 62(5): 479-88

CORRESPONDÊNCIA

Catarina Sousa
Avenida Fernão Magalhães, 1973,
Bloco 3, 3º B, 4300-171 Porto
Telef: 225 094 051
E-mail: catmsousa@hotmail.com