

Dermatite Estreptocócica Perianal

Sónia Fernandes¹, Nelea Afanas¹, Luísa Tavares², José Castanheira³

RESUMO

A Dermatite Estreptocócica Perianal causada pelo estreptococo β – hemolítico do grupo A (E β HA), é uma entidade bem definida, mas mal conhecida e sub diagnosticada, levando por isso a um tratamento tardio, expondo a criança às complicações habituais como dor na defecação, obstipação, rectorragia com realização de exames invasivos que isso implica, podendo também haver a suspeita de abuso sexual com todas as suas consequências. Quando tratada precocemente apresenta-se com um quadro clínico leve e de fácil resolução.

Os autores descrevem o caso clínico de um adolescente de 11 anos a quem foi feito o diagnóstico de Dermatite Estreptocócica Perianal e um breve resumo teórico.

Palavras-chave: Dermatite Estreptocócica Perianal, Estreptococo β – hemolítico do grupo A

Nascer e Crescer 2008; 17(4): 237-239

INTRODUÇÃO

Amren e col. em 1966 descreveram pela primeira vez as erupções perianais causadas pelo Estreptococo β -hemolítico do grupo A, designando-as por celulite perianal. Em 1985 Spear e col. descreveram 14 crianças com as mesmas lesões. Desde então, embora poucas, outras publicações têm vindo a referir a mesma

doença. Recentemente, devido à constatação de um maior número de casos, vários autores, admitem não ser uma doença rara, mas sub diagnosticada.

A Dermatite Estreptocócica Perianal é uma infecção cutânea – mucosa superficial, que tem como agente etiológico mais frequente o Estreptococo β – hemolítico do grupo A^(1-4,8) e raramente o Estreptococo β -hemolítico do grupo G e o *Staphylococcus aureus*^(2, 8).

É uma doença frequente na idade pediátrica mas rara nos adultos. Atinge principalmente crianças entre 6 meses e os 11 anos de idade^(1-3,6,8,9,11), e é mais frequente nos rapazes (70%)^(1-3,5,7,8). Tem uma incidência de 1/218 a 1/2000 visitas pediátricas no ambulatório^(5,6), continuando a não ser reconhecida ou a sê-lo tardiamente, com a sintomatologia a persistir durante 3 semanas a 12 meses antes do diagnóstico correcto^(1,6,8,11).

Normalmente não ocorrem sinais e sintomas sistémicos, apresentando um estado geral conservado, sem febre ou outra sintomatologia sistémica^(1,2,4,11). Pode existir uma história de faringite ou impétigo actual ou anterior associada.

Numa fase inicial, manifesta-se habitualmente por um intenso eritema perianal, superficial, vermelho vivo, que irradia do ânus, com limites bem demarcados envolvendo a mucosa anal. Muitas vezes é doloroso ao toque. Raramente acompanhado de edema ou adenomegalias⁽⁷⁾. Este eritema está associado a prurido em 78 - 80%^(5,6) das situações e a exsudado superficial seroso ou sero - hemático^(1, 5). Em associação com esta dermatite pode-se encontrar a descamação dos dedos semelhante a que ocorre na faringite estreptocócica e devido á libertação de exotoxinas pela bactéria⁽⁵⁾. Aconselha-se que nas crianças sem causa aparente de

descamação dos dedos deve-se fazer um exame da região peri-anal.

Numa fase crónica a mucosa anal pode apresentar escoriações, fissuras e hiperpigmentação. O exsudado inicial passa a muco – purulento. Pode surgir dor e recusa à defecação (52%)⁽⁵⁻⁷⁾ levando a obstipação e fezes raiadas de sangue (35%)⁽⁵⁾. Por último surgem as rectorragias na proctite e proctocolite^(1,3,6).

Por vezes a clínica é subtil com ligeira dor à defecação ou ao toque. Pode manifestar-se por uma erupção psoríasi-forme vermelho – vivo, com extensão de vários centímetros da superfície anal e um exsudado superficial amarelado nos bordos⁽⁷⁾. As manifestações mais raras são a celulite peri-anal, uma evolução crónica com recorrências e a infecção por *S. Aureus* com pústulas satélites⁽⁴⁾.

As complicações possíveis são a extensão para a região peri-anal e genital manifestando-se por vulvovaginite na rapariga e balanite no rapaz^(1,2,4,5,7,8). Dentro de outras complicações possíveis temos a blefaroconjunctivite, proctocolite, descamação dos dedos típica das infecções estreptocócicas^(5,8), e as Amigdalites estreptocócicas de repetição na família. Por último, muito mais rara, a Nefrite aguda pós – estreptocócica.

Por ser uma entidade pouco conhecida, sem uma clínica esteriotipada, o diagnóstico é tardio e evoca inicialmente outras entidades clínicas como a dermatite das fraldas, oxiúriase, dermatite seborreica, alergias, candidíase, fissura anal, psoríase do guttato, obstipação psicogénica, doença inflamatória intestinal e abuso sexual^(1,3,4,6,11). Estes erros no diagnóstico conduzem a tratamentos errados e à cronicidade do quadro que pode arrastar-se por várias semanas a meses e á realização de exames invasivos.

¹ Interno Complementar de Pediatria

² Assistente Graduada de Pediatria

³ Director do Serviço de Pediatria
Serviço de Pediatria – Hospital S. Teotónio
Viseu

O diagnóstico baseia-se principalmente numa forte suspeita clínica que pode ser confirmado pelo teste rápido do exsudado da lesão peri-anal com zaragatoa para pesquisa de antigénios do E β GA e/ou cultura em meio de agar com sangue de ovelha 5%^(1,9,11). O teste directo de pesquisa de antigénios bacterianos é muito útil pela rapidez do resultado mas tem uma sensibilidade de 89%.⁽¹⁾ O diagnóstico definitivo é feito pela cultura.

Apresenta-se em seguida um caso clínico para melhor ilustração da clínica e diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Rapaz de 11 anos de idade, raça caucasiana, recorreu ao Serviço de Urgência de Pediatria do Hospital da área, referenciado pelo médico de família, por dor perianal agravada com a marcha e exantema perianal não pruriginoso com 5 dias de evolução. Negava dor a defecar, febre e alterações do trânsito intestinal. Tinha sido desparasitado há 3 meses com mebendazol. Negava qualquer medicação em curso. A mãe referia convívio com adolescentes que apresentavam comportamento sexual de risco.

Ao exame clínico apresentava eritema perianal circunferencial 4-5cm de diâmetro com bordos bem definidos (Imagem nº 1), exsudado seroso superficial e sem lesões de grattage. Não apresentava fissuras na região perianal. Ao toque rectal o esfíncter anal apresentava bom tónus, ampola rectal com fezes e luva sem sangue.

Antecedentes pessoais irrelevantes. Como antecedentes familiares a salientar irmã com 7 anos – Sdr. Munchausen por procuração.

Perante o quadro clínico colocaram-se como hipóteses de diagnóstico: deficit de higiene, dermatite estreptocócica perianal; parasitose; micose; eczema ou abuso sexual.

No Serviço de Urgência fez-se um teste rápido, com zaragatoa, da lesão perianal, sem a sua introdução no orifício anal, para pesquisa do Estreptocóco β - hemolítico que foi positivo e pediu-se avaliação pela Assistente Social sendo posta de parte a hipótese de abuso sexual.

Fez-se assim o diagnóstico de Dermatite Estreptocócica Perianal iniciando tratamento oral com eritromicina 50mg/kg/dia de 8/8 horas. Foi referenciado à Consulta Externa de Adolescentes onde pode constatar-se uma melhoria ao 10º dia de tratamento (Imagem nº 2) e a cura ao 15º dia de tratamento (Imagem nº 3). Teve alta da consulta, sem registo de recidiva da lesão.

DISCUSSÃO

O caso descrito confirma que a dermatite peri-anal é frequentemente diagnosticada tardiamente, o que pode ser explicado pelo não conhecimento desta entidade e pelo facto de se pensarem primeiro noutras entidades (como parasitoses e abuso sexual). Quando reconhecida precocemente e instituído o tratamento adequado, tem uma evolução benigna, evitando-se assim exames invasivos e tratamentos desnecessários.

O Estreptococo β -hemolítico, em idades pediátricas, é um dos agentes bacterianos mais vezes responsável por amigdalofaringites, pneumonias, adenites, meningites, como também infecções cutâneas como a erisipela e o impétigo^(1,9).

O meio de contágio continua a ser um tema de discussão na comunidade científica. O Estreptococo β -hemolítico não é um germen saprófita da região perianal, possui estruturas filamentosas que lhe permitem uma aderência às células epiteliais e a invasão das mucosas. Qualquer traumatismo prévio vai facilitar a invasão da mucosa e posteriormente o aparecimento da doença^(1,8,9). Certos autores defendem a sua potencial resistência aos sucos digestivos como meio para colonizar a região perianal^(2,3,8,9). O meio de contágio mais frequente é a auto – inoculação pelos dedos a partir da orofaringe infectada ou infecções cutâneas como o impétigo^(1-3,5,6). Outros meios de contágio também possíveis são a transmissão aérea e a intra-familiar a partir por exemplo da água do banho, ocorrendo vários casos na mesma família^(1,3,5,6). A colonização perianal assintomática é frequente, verificando-se em cerca de 1% das crianças assintomáticas e 6% das crianças que têm faringite por Es-

treptococo β -hemolítico do grupo A^(1,3,4,6). Apesar desses meios de contágio, esta entidade clínica raramente é uma doença contagiosa⁽²⁾.

Existem vários factores que predis põem ao aparecimento desta dermatite. Entre eles temos a fragilização repetida da camada córnea⁽⁹⁾; uso excessivo de detergentes; o traumatismo local; má higiene; a presença de Linquen Esclerosante Perianal; Psoríase Gutata e o Intertrigo^(2,4,8). Muitos autores demonstraram que um focus estreptocócico perianal leva a exacerbações da Psoríase Gutata^(3,4,5). Isto deve alertar para o exame da região perianal nas crianças com exacerbações agudas da Psoríase Gutata^(3,4).

Num grande número de casos publicados o tratamento inicial foi a penicilina, quer sob a forma oral (penicilina), quer sob as várias formas de administração parentérica (Penicilina G benzatínica e / ou procainica), com rápida resolução das queixas^(1,2,3,5,6,9). Uma vez que em Portugal não temos disponível a penicilina oral, o tratamento poderá ser com amoxicilina, 50 mg/Kg/dia^(1,2,5,6,11). Contudo são frequentes os insucessos terapêuticos, mesmo com tratamento durante 10 dias, sendo necessário a repetição do ciclo terapêutico e/ou administração de outros antibióticos⁽¹⁾. Especula-se que os germens locais, produtores de beta-lactamases, poderão inibir a acção da penicilina, protegendo o E β GA. A alternativa será a utilização de amoxicilina + ácido clavulânico, nas mesmas doses^(1,11). Existem também autores que utilizam com sucesso a eritromicina oral (50 mg/kg/dia) com rápido alívio sintomático e culturas de controle, no final do tratamento, negativas^(1,2,3,5,6,9). No presente caso, um único curso de eritromicina resultou na rápida resolução das queixas, sem recidiva sintomática. O tratamento deve durar sempre no mínimo 10 dias⁽⁹⁾, pois um tratamento mais curto predispõe a várias recorrências. Como as recorrências são muito frequentes, principalmente após o tratamento com amoxicilina (40-50%)⁽³⁾, deve-se fazer um follow-up da criança e documentar bem a cura. Nas recorrências o tratamento é eficaz e nestas situações pode-se utilizar a eritromicina, que é um antibiótico com poucos efeitos

laterais e atinge bons níveis terapêuticos nos tecidos moles, sendo por isso uma boa opção terapêutica^(3, 10).

CONCLUSÃO

Perante uma criança com eritema perianal associado ou não a dor com a defecação, exsudado ou prurido, deve-se pensar numa Dermatite Estreptocócica Perianal. O diagnóstico é baseado na suspeita clínica que deve ser confirmada com o teste rápido da lesão para pesquisa do estreptococo β -hemolítico. O início do tratamento adequado deve ser de imediato para evitar a cronicidade desta situação e resolução rápida das queixas.

PERIANAL STREPTOCOCCAL DERMATITIS

ABSTRACT

Perianal Streptococcal Dermatitis caused by group A beta-hemolytic streptococcus, is a well defined identity but frequently not recognized; the delay in treatment exposes children to the usual complications such as painful defecation, constipation, rectal bleeding during invasive exams and suspicion of sexual abuse. When treated at an early stage it has a good and faster resolution.

The authors describe a clinical report of an eleven years' old boy with Perianal Streptococcal Dermatitis and with a short review of the subject.

Keywords: Perianal Streptococcal Dermatitis, group A Beta-hemolytic streptococcus.

Nascer e Crescer 2008; 17(4): 237-239

BIBLIOGRAFIA

1. Salgado M, Alegria A. Dermatite Estreptocócica Perianal. Saúde Infantil 1991; XIII: 135-137.
2. Souillet A L, Truchot F, Jullien D, Dumas V, Faure M, Floret D. Anité périanale streptococcique. Arch Pédiatr 2000; VII: 1194-6.
3. Krol L A. Perianal Streptococcal Dermatitis. Pediatr Dermatology 1990; 7 (2): 97-100.
4. Patrizi A, Costa A M, Fiorillo L, Neri I. Perianal Streptococcal Dermatitis Associated With Guttate Psoriasis and/or Balanoposthitis: A study of five cases. Pediatr Dermatology 1994; 11(2): 168-171.
5. Nowicki M J, Bishop P R, Parker P H. Digital Desquamation – A New Finding in Perianal Streptococcal Dermatitis. Clin. Pediatr. 2000; 39(4):237-9 .
6. Brillant L C. Perianal Streptococcal Dermatitis. Am. Family Physic 2000; Vol 61 No 2: 391-393.
7. Adams S. P. Perianal Streptococcal Dermatitis. Canadian Family Physician Vol 45: Septemb 1999: 2066.
8. I. Neri, F. Bardazzi, A. Patrizi. Perianal Streptococcal Dermatitis in Adults. British Journal of Dermatology 1996: 135: 796 – 798.
9. F. Lunghi, M. Finzi, C. Frati. Two Familial Cases of Perianal Streptococcal Dermatitis. Pediatric Dermatology Sept. 2001; 68: 183 - 184.
10. M. Paradisi, G. Cianchini, C. Angelo. Efficacy of Topical Erythromycin in Treatment of Perianal Streptococcal Dermatitis. Pediatric Dermatology 1083): 297 - 298.
11. Rodrigues F, Salgado M, Lemos L. Dermatite Peri-anal Estreptocócica na Criança. Acta Pediátr. Port. 2005; 36 (4): 198 – 200

CORRESPONDÊNCIA

Sónia Fernandes
Serviço de Pediatria
Hospital São Teotónio, Viseu
Tel. 933497643
epiplon@hotmail.com